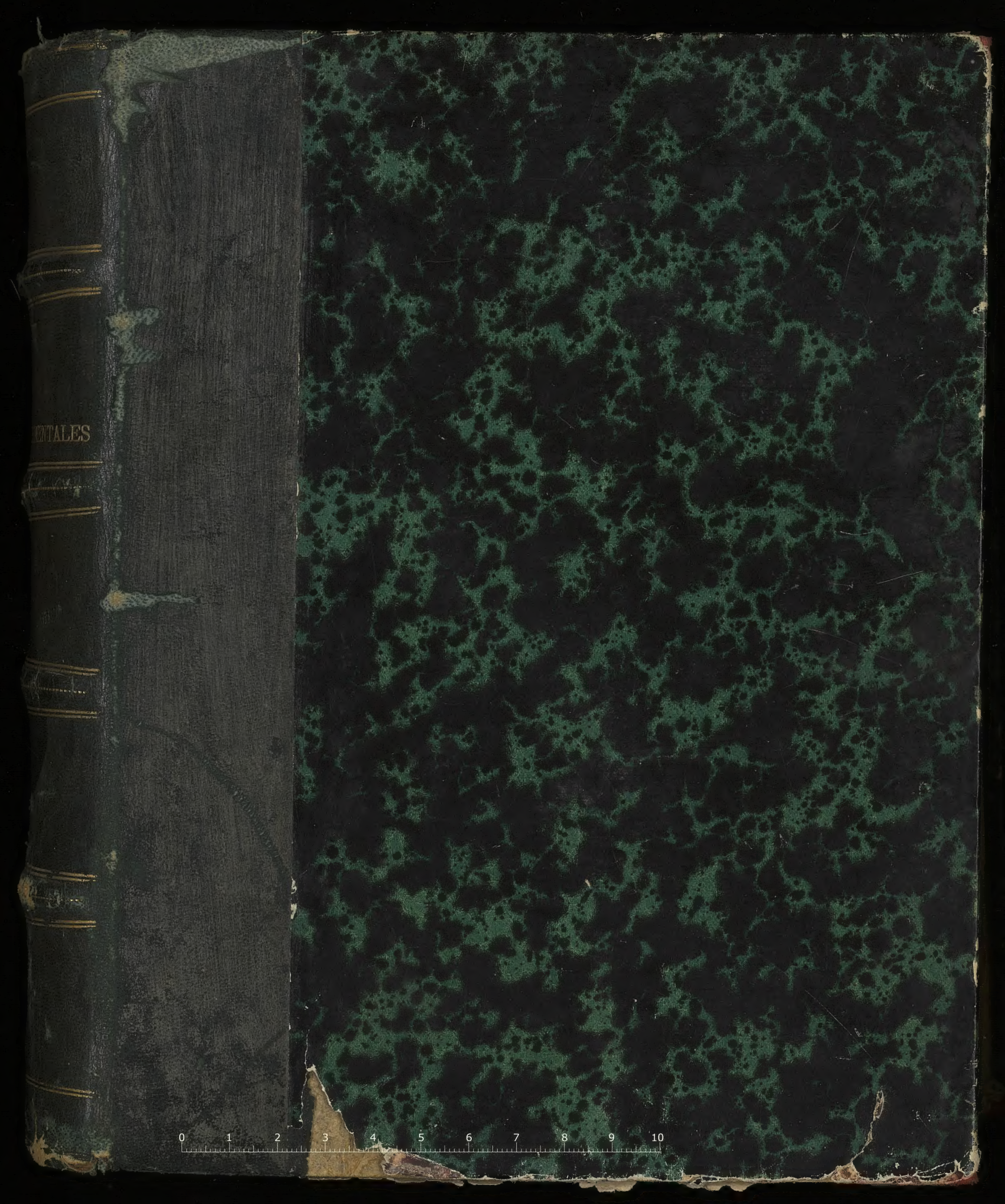
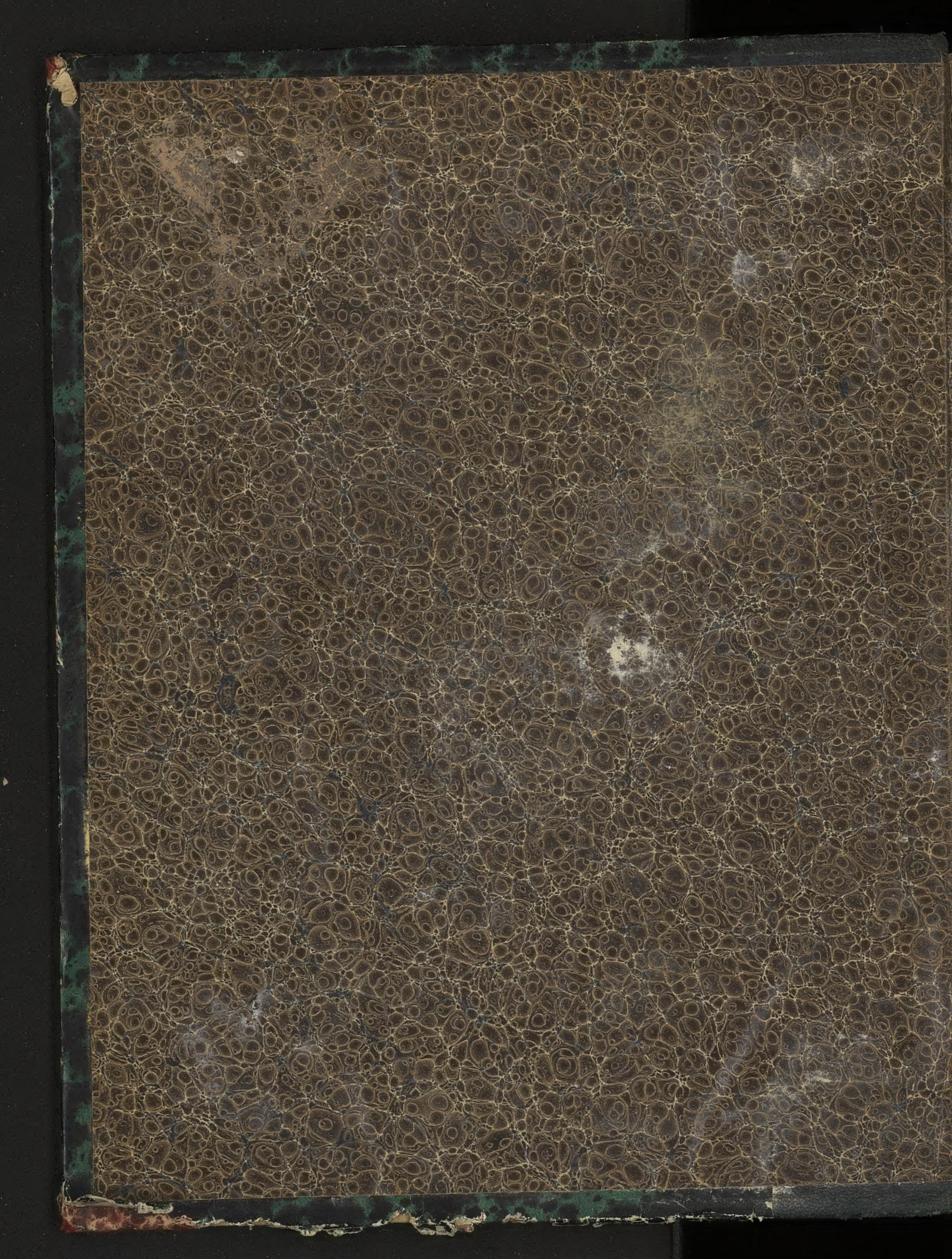
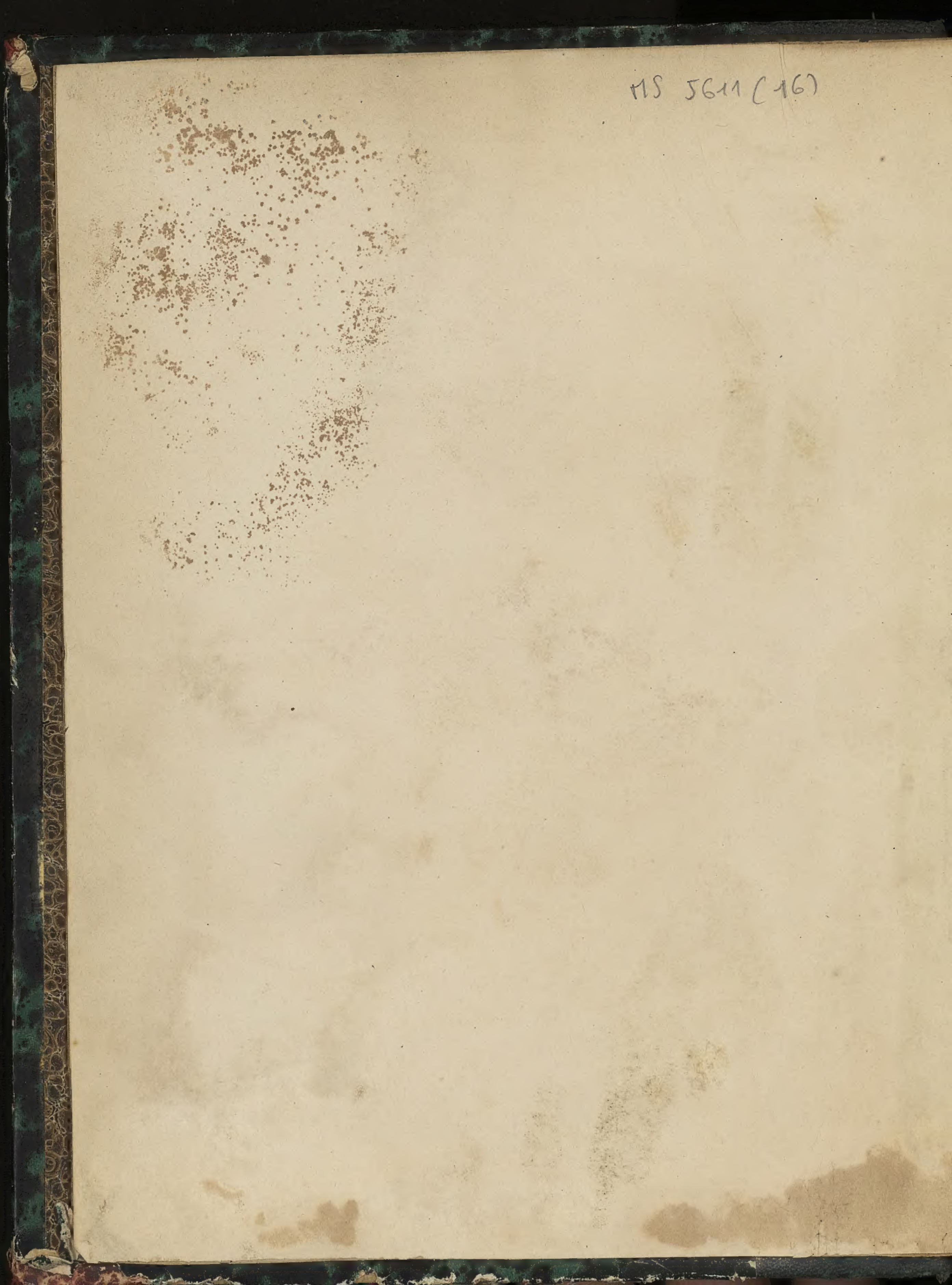


ENTALES
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10







1re Leçon

9 Novembre 1884.

Messieurs,

En parlant pour la première fois dans cet amphithéâtre de l'Hospice de la Salpêtrière, il m'est impossible de ne pas faire appel à des souvenirs bien pénibles, aux souvenirs de mon père qui, pendant si longtemps a pro-

fessé ici, dans cet hospice et a fait un enseignement clinique qui a duré pendant des années, concurremment avec M.r Baillarger qui faisait également un enseignement clinique à la même époque, attirait un grand nombre d'élèves à la Salpêtrière.

En commençant ce cours, je ne puis que rendre hommage à la mémoire de mes prédecesseurs, à la mémoire de mon père, à celle de M. Lasègue qui a professé également dans cet hospice de la Salpêtrière, et rappeler aussi le souvenir de Monsieur Morel qui n'a pas professé ici, mais ces trois noms seront gravés dans mon souvenir

: Mon père, le professeur Lasègue et
M Morel de Saint Yon sont les
trois maîtres que j'ai eus dans ma
la vie et qui ont influé le plus sur
toute ma vie scientifique, sur toutes les
idées que je puis avoir à exprimer ici,
devant vous.
La Salpêtrière a été, depuis longtemps
le théâtre de l'enseignement clinique
à commencer par Esquirol qui, en
1817, a professé à la Salpêtrière, de-
puis lors les professeurs se sont suc-
cédé : mon père, monsieur Baillar-
ger, monsieur Lasègue et enfin
aujourd'hui nous avons encore nos

collègues, messieurs Voisin, Legrand du Saulle, Luys, qui font des cours sur les maladies mentales.

Vous voyez, Messieurs, que l'enseignement officiel, a des représentants qui perpétuent la tradition du passé.

Mon intention, messieurs, cette année, est de faire un cours composé de huit leçons théoriques, huit dimanches, jusqu'à la fin du mois de décembre. Le jeudi je présenterai quelques malades, je les interrogerai devant vous, je chercherai à les faire manifester et au fur et à mesure des manifestations des malades

nous pourrons faire quelques observations, quelques réflexions à chacun d'eux.

Le cours sera donc divisé en deux parties : une partie théorique et une partie clinique. Dans la partie théorique mon intention est de passer en revue seulement un certain nombre de formes nouvelles de maladies mentales. N'ayant que sept leçons, je ne puis aborder évidemment tous les côtés de la pathologie mentale, je suis obligé de me réduire, et mon but cette année est de me réduire à quelques for-

mes que j'appelle des formes nouvelles. Dans la leçon d'aujourd'hui je vais me livrer à quelques généralités qui vous donneront l'explication de ce que j'entends par ce mot : formes nouvelles » par opposition aux formes régnantes de la classification actuelle.

La leçon d'aujourd'hui sera divisée en trois parties.

Dans la première partie je vais faire un historique rapide de la médecine mentale depuis le dernier siècle jusqu'en 1840, époque de la mort d'Esquirol.

Dans la seconde partie, je cherche-rai à me livrer à une critique de la classification de Pinel et d'Esquirol et de montrer combien à mon sens, elle est insuffisante, eu égard à nos connaissances actuelles.

Je chercherai à indiquer quelles sont les formes qui me paraissent dès à présent, pouvoir remplacer celles de la classification régnante.

Je commencerai par l'historique de notre science spéciale.

Je ne remonterai pas jusqu'à l'antiquité. Vous savez tous Messieurs, que dans les ouvrages des anciens dans Hippocrate, Arétée, Celcus

Aurélius, Celce, chez tous les auteurs anciens, il est question de la folie incidemment, mais d'une manière assez précise.
Il y a dans Arétée en particulier, dans Celcius Aurélius, des inscriptions extrêmement bien faites de la manie, de la mélancolie, de la frénésie et de plusieurs variétés ou formes de la folie. Les auteurs qui ont écrit depuis, dans la période arabe, au moyen-âge, dans les siècles qui ont suivi, ont emprunté la plupart de leurs divisions ou de leurs classifications aux anciens.

Cependant vers le 17e ou 18e siècle, Sthal, Sydenham, tous les auteurs principaux qui se sont occupés de la médecine générale, ont incidemment parlé de la folie ; mais jusque là, jusqu'à cette dernière époque, jusqu'à Sauvages, Pinel, aux classificateurs du 18e siècle, jusqu'à cette époque, la folie n'était pas l'objet d'une étude spéciale ; il faut arriver jusqu'à la fin du 18e siècle, c'est à dire jusqu'à Pinel, pour voir l'étude de la folie se spécialiser, s'isoler de l'étude de la médecine générale et constituer une science absolument

spéciale.

C'est de Pinel que nous faisons dater avec raison l'ère nouvelle. L'œuvre de Pinel se décompose en deux parties: l'œuvre philanthropique et l'œuvre scientifique.

L'œuvre phylanthropique, je n'ai pas à y insister aujourd'hui, elle a été souvent décrite, l'influence de Pinel sur son siècle et sur ses successeurs a été immense. C'est lui, comme on l'a dit souvent, qui a réhabilité les aliénés, qui les a élevés à la dignité de malades, qui a prêché les principes de la bienveillance et de la douceur à leur égard, et qui, non seulement les a prêchés par la

parole, mais qui les a prêchés par l'action, puisque, après avoir brisé les chaînes des aliénés, il les a fait sortir des cachots infects dans lesquels ils étaient renfermés, qui les a rendus à une liberté relative et les a, en quelque sorte, transformés physiquement et moralement.
Car il est remarquable que ces aliénés, tels qu'ils étaient au temps de Pinel, étaient comme des bêtes féroces, étaient surexcités probablement par les conditions extérieures dans lesquelles on les avait fait vivre pendant très longtemps et représentaient des types de férocité, de sauvagerie que nous ne voyons plus aujourd'hui.
Il semblerait que la rupture des chaînes

que la liberté donnée aux aliénés a transformé dans une certaine mesure, les manifestations de leur état mental ; leur état mental restait toujours le même évidemment, mais les manifestations étaient différentes. Nous avons vu une réforme analogue plus tard, la réforme de Codali en Angleterre, réforme qui a été suivie dans différents pays de l'Europe à divers degrés, produire un effet analogue. La diminution ou la suppression de la camisole et des moyens de contrainte a également donné aux asiles d'aliénés une physionomie nouvelle et les a fait rentrer de plus en plus dans les caractères de la vie

commune des hommes en général.

L'œuvre de philanthropie de Pinel est donc une œuvre considérable qui a été poursuivie par tous ses successeurs et en particulier par son plus illustre élève Esquirol qui a donné l'impulsion en France de toutes les réformes des asiles d'aliénés.

Je n'ai pas à insister aujourd'hui sur ce côté philanthropique de la mission de Pinel et d'Esquirol, je veux dire quelques mots de leur œuvre scientifique

Pinel a eu deux côtés dans sa carrière scientifique. Il a été médecin avant d'être médecin spécialiste Il a fait une nosologie générale qui

a eu une action considérable sur son époque et qui est devenue l'occasion d'une réforme successive depuis le commencement de ce siècle.

Pinel a donc été pathologiste et nosologiste ; mais au point de vue de la médecine légale mentale, il présente dans son oeuvre scientifique, un caractère tout particulier, il a emprunté aux anciens la plupart des termes de ses classifications, il a emprunté aux anciens la division de la folie en manie mélancolique et démence. Il a ajouté à ces deux formes la manie sans délire, la manie instinctive sur laquelle de nombreuses discus-

sions se sont établies depuis cette époque.

Mais ce qui est remarquable (c'est sur ce point que je veux insister aujourd'hui) c'est qu'indépendamment de ce côté nosologique, de ce côté pathologique de la doctrine de Pinel, il y a un élément dominant; c'est l'élément philosophique. Pinel a été l'homme de son siècle, il a été le représentant des idées de son époque au point philantropique il représentait les idées de la philosophie du dixuitième siècle et les idées de la révolution française. Il a réhabilité les droits de l'homme dans la personne des aliénés. Mais au point de vue philosophique il a

été également l'écho des doctrines de son siècle, je veux dire des doctrines de son siècle; il a été l'écho de Locke et de Condillac, deux philosophes de l'école sensualiste dont il a transporté les doctrines, les principes, dans la médecine mentale. Or, c'est un côté de sa doctrine sur laquelle on n'a pas suffisamment insisté, on a tenu compte et avec raison, des descriptions cliniques très bien faites de Pinel dans son ouvrage de l'étude pratique et de l'observation très exacte qu'il a faite des aliénés, on a tenu compte de sa classification qui a été sui-

vie par tous ses successeurs, mais on n'a pas assez tenu compte de l'impulsion philosophique et psychologique qu'il a donnée à la médecine mentale. Cette impulsion a duré jusqu'à nos jours et il importe beaucoup de la constater pour se faire une idée exacte de l'histoire de la médecine mentale à notre époque. Pinel sans doute a admis la classification des anciens, mais il a supposé en quelque sorte une idée philosophique à cette classification. Pour lui, la manie représentait bien l'excitation mentale des anciens, le

désordre, le trouble général des idée
mais il représentait surtout une foli
de l'intelligence, de même que la mé-
lancolie représentait la folie de la
sensibilité, la folie sans délire mais
instinctive, la folie de la volonté,
de la 3me partie de l'âme humain
d'après la division des philosophes
Pour Pinel, la doctrine de Locke
et de Condillac a donc été importé
dans la médecine mentale, il a
admis la folie de l'intelligence, la
folie de la sensibilité et la folie de
la volonté, il a subdivisé ensuite
plusieurs de ces folies d'après les
facultés régnantes de l'époque

l'attention, l'association des idées, la volonté, le jugement et d'autres facultés admises par les philosophes.

Il y a donc dans Pinel plusieurs principes à détacher pour bien comprendre sa doctrine, d'une part la classification : manie, mélancolie, démence et idiotisme ; d'autre part, l'influence de la philosophie du 18me siècle sur la médecine mentale, folie de l'intelligence, de la sensibilité, de la volonté ; d'autre part un 3me principe important, c'est la négation de la valeur

des lésions anatomiques dans la folie.

Certainement Pinel admettait que la folie est une maladie du cerveau, il admettait que l'on trouvait des lésions chez les aliénés, à l'autopsie, mais il n'y accordait qu'une importance très secondaire; pour lui, ces lésions étaient des effets plutôt que des causes, des manifestations tardives de la maladie, à une époque déjà avancée, déjà chronique, et elles n'étaient pas la cause primitive et organique principale de la folie, il admettait bien que la folie était une maladie cérébrale, mais il pensait que

les lésions en étaient inconnues. D'autre part, Pinel a apporté son idée philosophique dans le traitement de la folie, dans l'étiologie et dans le traitement.

Pour l'étiologie il a insisté énormément sur l'influence des causes morales de tout genre, des chagrins domestiques, sur la production de la folie ; il a fait une étiologie principalement de morale de l'aliénation mentale ; de même pour le traitement il a préconisé tous les moyens de traitement, soit individuel, soit général.

Il y a donc dans la doctrine de Pinel un élément philosophique très important qui s'est continué jusqu'à nos jours.

Depuis lors Esquirol, le plus illustre élève de Pinel, a suivi la même impulsion depuis 1805, époque de sa thèse. Cette thèse portait sur ce sujet : Des passions comme causes et moyens de traitements des maladies malades. La thèse d'Esquirol représentait donc la tendance philosophique de l'époque à un très haut degré.

Depuis lors, Esquirol est devenu essentiellement clinicien. C'était un observateur sagace, extrêmement fin, un très bon observateur qui a laissé un vrai monument de détails cliniques très interessants sur toutes les formes

de l'aliénation mentale. Il y a donc chez Esquirol une part de clinicien très importante et qui fera vivre ses ouvrages éternellement, mais il y a un élément philosophique considérable qui représente la doctrine de son maître, en même temps que la doctrine de la plupart de ses successeurs.

Pour Esquirol en effet, les folies se divisent en deux catégories, celles dans laquelle il y a lésion de l'attention en plus, celles dans lesquelles il y a lésion de l'attention en moins.

Dans la mélancolie l'attention est concentrée sur des idées fixes, concentrée au point de ne pouvoir pas se

fixer sur d'autres objets ; dans la manie, au contraire, l'attention est divisée et ne peut se fixer sur aucun objet.

Esquirol a transporté cette division philosophique jusque dans le détail de ses classifications. Esquirol a ajouté à la classification de Pinel la monomanie que Pinel classait dans la mélancolie.

La mélancolie de Pinel comprenait à la fois tous les délires partiels, les délires tristes et les délires gais. Esquirol a créé la monomanie, c'est à dire le délire gai ou expansif, mais il n'a pas seulement créé cette forme

clinique il y a ajouté une idée philosophique, il a admis des monomanies intellectuelles, des monomanies sentimentales, des monomanies instinctives, il a aussi divisé les monomanies d'après les facultés lésées, c'est à dire d'après les doctrines de philosophie, de la philosophie régnante, de la philosophie de Locke et de Condillac d'abord de Laromiguière ensuite. Esquirol a donc été influencé comme Pinel par les idées philosophiques de son temps et il a apporté la psychologie et la philosophie dans la médecine mentale comme partie dominante dans la classification et dans l'explication des phénomènes morbides. Il a suivi

également la doctrine de Pinel au point de vue du traitement moral et au point de vue de l'isolement qu'il considérait comme moyen de traitement applicable à toutes les formes de l'aliénation mentale.

Vous voyez donc, messieurs, que les doctrines de Pinel et d'Esquirol tout en étant des doctrines cliniques, tout en basées sur les classifications des anciens médecins, ont cependant une prédominance, une tendance philosophique et psychologique extrêmement prononcée, et c'est sur cette tendance qu'il importe d'insister pour bien comprendre le mouvement philosophique

qui a continué chez les successeurs jusqu'à notre époque.

D'autre part, Pinel et Esquirol ont envisagé l'aliénation mentale comme une maladie unique, ils admettaient bien des formes, des espèces, des distinctions secondaires, mais, pour eux, la folie était une maladie ; ils traitaient de l'étiologie de la folie, du traitement de la folie, toujours la folie en général.

Cette doctrine a été imposée en partie par les nécessités sociales ; il s'agissait à cette époque, de créer de nombreux asiles d'aliénés ; il s'agissait

de faire accepter l'aliéné comme un malade par les tribunaux, par les magistrats. Or, à ce double point de vue social, il était indispensable de considérer l'aliéné en général comme un être à part, ayant des caractères communs, distincts de ceux de l'humanité tout entière. Les exigences de l'administration, de la séquestration et les exigences de la médecine légale ont conduit tout naturellement la science dans cette direction de l'unité. L'aliéné était un être absolument différent de l'homme commun, il avait des caractères communs des caractères généraux qui sont réels

qui sont exacts, sur lesquels tous les auteurs de notre époque ont insisté avec raison, mais qui ont fait oublier à première vue l'importance des formes spéciales et distinctes de l'aliénation mentale.

Aujourd'hui nous revenons en arrière sous ce rapport et nous étudions les formes distinctes en insistant beaucoup moins sur les caractères généraux de l'aliénation mentale.

J'ai tenu, Messieurs, en commençant, à vous indiquer ces principes généraux des doctrines de Pinel et d'Esquirol, parce qu'ils ont réagi sur toute la médecine mentale jusqu'à

notre époque. Il importe de dire cependant qu'une dissidence très grande s'est produite, dès 1816, parmi les élèves mêmes d'Esquirol.

C'était à l'époque où Broussais venait de publier son examen des doctrines et où il exerçait une influence prépondérante sur la médecine française ; à cette époque, de jeunes médecins qui sont devenus plus tard des maîtres, étant internes ou médecins adjoints à la Salpêtrière : Rostan, Calmeil, Georget, mon père, Félix Voisin, Foville et Ferrus même ont subi l'influence de cette époque, et tout en proclamant les principes

de leurs maitres sous tous les autres rapports que je viens d'indiquer tout à l'heure, ils ont cependant marqué une époque nouvelle par des études spéciales très approfondies faites sur les lésions du cerveau.

C'était à l'époque de l'invasion étrangère, le typhus régnait à la Salpêtrière, et, à la suite de cette épidémie, ces jeunes médecins se livrèrent à de nombreux travaux et à des autopsies très nombreuses.

Ici, à la Salpêtrière, Rostan préludait à ses études sur le ramollissement du cerveau; Calmel s'occupait également des travaux qui

ont illustré sa vie. Tous ces médecins for-
maient comme une pépinière d'élèves,
qui, tout en suivant les doctrines de
Pinel et d'Esquirol s'en éloignèrent
singulièrement au point de vue de
l'anatomie pathologique. Ils ob-
servèrent avec beaucoup de soins les
lésions des méninges, de la surface
du cerveau, des hyperhémies, les
opacités des membranes, les ramol-
lissements de la surface, des lésions
qui ont été depuis lors, plus tard
l'objet de nombreuses études très
prolongées et très persévérantes.
Les médecins étaient à la fois céré-

bristes et anatomistes ; ils admettaient l'importance des lésions trouvées à l'autopsie chez les aliénés et ils niaient presque absolument la folie sympathique.

Ils étaient à cette époque sous l'impulsion, sous la direction de Broussais et de Gall, ils subissaient l'influence de ces deux grands esprits et étaient cérébristes et anatomistes. Ils admettaient la valeur énorme des lésions trouvées à l'autopsie chez les aliénés comme cause principale de toutes les manifestations psychiques chez les aliénés; de même ils niaient la folie sympathique presque complètement.

Un de ces élèves, Georget, a écrit à cette époque un volume basé tout entier sur la négation de la folie sympathique ; toutes les folies étaient des maladies cérébrales et les maladies des autres organes n'avaient aucune action sur les manifestations de la folie. C'est la doctrine de Gall transporté de la physiologie et de l'anatomie dans la pathologie mentale.

C'est de cette nouvelle tendance des élèves de Pinel et d'Esquirol qu'est née la plus grande conquête de la médecine mentale moderne, c'est à dire la paralysie générale, cette

maladie nouvelle qui s'est détachée peu à peu, de plus en plus, de la folie et qui a été constituée à l'état de forme spéciale et distincte.

C'est à Charenton d'abord qu'on fit l'étude de cette maladie. Royer-Collard, qui n'a pas laissé d'écrits (il a laissé des élèves) avait souvent attiré l'attention de ces élèves sur l'existence des lésions paralytiques chez les aliénés chroniques, depuis longtemps déjà dans l'asile de Charenton. Deux de ses élèves : Bayle et Calmeil ont complété certaines de ses leçons et ont publié des ouvrages qui sont de véritables monuments

et qui, aujourd'hui encore, malgré les progrès incontestables de la science, restent des descriptions extrêmement vraies, exactes et inmodifiables de la maladie appelée paralysie générale des aliénés.

Seulement, il y avait, à cette époque, une dissidence entre Calmel et Bayle, Calmel admettant, comme Esquirol, que la paralysie générale était une simple complication des folies anciennes, et Bayle reconnaissant, au contraire, dans la paralysie générale, une maladie spéciale, la méningite chronique

ayant une origine et une évolution particulière. J'aurai à revenir plus tard ici sur la paralysie générale, mais ce n'est pas le cas d'insister pour le moment.

Après cette indication très rapide des doctrines de Pinel et d'Esquirol et de leurs élèves, il faut encore dire quelques mots des trois écoles qui ont principalement dominé la médecine mentale depuis cette époque jusqu'à nos jours, soit en France, soit à l'étranger. Ces écoles qui sont, comme je viens de le dire, au nombre de trois :

L'Ecole anatomique,
L'Ecole psychologique
l'Ecole somatique.

L'Ecole anatomique, je viens déjà de vous en indiquer les bases principales.

Pour l'école anatomique pure les lésions cérébrales trouvées à l'autopsie chez les aliénés sont les causes essentielles de toutes les manifestations psychiques.

Certainement, tous les médecins, quel qu'ils soient, admettent que le cerveau est indispensable pour les manifestations psychiques, et que la folie est une maladie du cerveau

mais les uns admettent que les lésions visibles, tangibles, constatées à l'autopsie, sont des lésions initiales importantes, les seules lésions existantes ; tandis que les autres admettent, au contraire, que la véritable lésion est encore inconnue dans son essence et précède les manifestations que nous pouvons constater, soit à l'aide de nos organes, soit à l'aide du microscope qui est venu s'ajouter à l'observation microscopique des prédecesseurs.

L'École anatomique attache donc une importance extrême aux lésions qu'on constate à l'autopsie chez les aliénés

Elle y attache une importance très exacte, mais qui est cependant exagérée en ce sens, que jusqu'à présent les localisations cérébrales n'ont pas pu nous conduire à mettre les symptômes observés pendant la vie en rapport avec les lésions trouvées après la mort; il n'y a pas encore de relation étroite, de rapport bien établi d'une manière claire et certaine entre les lésions trouvées à l'autopsie et les manifestations psychiques constatées chez les aliénés.

Bayle, dans son traité sur les

méningites chroniques, avait cherché à établir ce rapport pour la paralysie générale. Il avait cherché dans les épanchements des ventricules, dans les opacités des méninges, dans chacune des lésions trouvées à l'autopsie, des correspondances, des relations avec les symptômes variés observés dans la paralysie générale. Mais cette étude n'a pas pu être adoptée par les successeurs parceque la relation n'a pas été démontrée scientifiquement

L'École anatomique a rendu de grands services à la pathologie mentale en faisant connaître

d'une manière plus précise, bien plu[s]
exacte, les lésions du cerveau et
certainement cette école a rendu des
services immenses à la science, ma[is]
elle ne peut pas, jusqu'à présent
nous servir de base pour le classe-
ment et même pour l'étude, la
description des maladies mentale[s]
telles que nous les observons dans
les asiles.

Pour le moment actuel l'école ana-
tomique a donc donné tout ce
qu'elle pouvait donner; elle
ne peut pas servir de base à
une classification rationnelle,

naturelle, des maladies mentales. Il en est de même de l'école psychologique. Cette école qui a été la suite, la conséquence des idées dont je parlais tout à l'heure, qui avaient dominé nos maîtres illustres Pinel et Esquirol, cette école psychologique a pris de très grands développements pendant le siècle, depuis 1820. Beaucoup de médecins spécialistes se sont lancés à pleines voiles dans cette direction nouvelle, ils ont emprunté comme l'avaient fait leurs maîtres, aux écoles régnantes du jour, les divisions des psychologues, la division de l'activité psychique

comme disait M. Parchappe en lésions de la sensibilité, lésions de la volonté lésions de l'intelligence, et ils ont transporté ces diverses distinctions purement et simplement dans l'étude de la folie. Nous avons un grand nombre de médecins, d'abord mon père, qui, pendant longtemps a suivi cette direction scientifique, et depuis M. M. Renaudin, de Lasse Bellat, Parchape et bien d'autres, pour ne parler que de la France qui ont suivi cette direction psychologique, de sorte qu'elle a prédominé pendant de longues années. M. Parchape en dernier lieu

dans un travail qui n'a pas été terminé dans les Annales médico-psychologiques, travail intitulé : la symptomalogie de la folie, a cherché à classer toutes les manifestations de la folie d'après les divisions psychologiques. Il a fait un véritable tour de force de classement dans l'ensemble et dans le détail, pour chercher à trouver une lésion psychique que l'on puisse placer dans l'une des cases de son tableau synoptique. Il avait constitué tout un tableau philosophique de l'état normal de l'homme et il a découvert des lésions chez les

aliénés, pouvant correspondre à chacune des divisions et subdivisions de ce tableau établi préalablement.

C'est là le résultat auquel on arrive fatalement quand on veut apporter la psychologie dans la médecine mentale. Que peuvent devenir les facultés qui existaient à l'état normal ? Elles ne peuvent être lésées que de 3 manières :

Elles peuvent être exaltées, diminuées ou perverties.

Il s'agit donc pour le psychologue qui veut étudier la folie à ce point

de découvrir dans les différentes formes de l'aliénation mentale, et aux diverses périodes, des phénomènes qui correspondent à chacune de ces divisions préétablies. On procède, dans ce cas, comme procèdent les chimistes modernes qui constituent des séries de corps, séries qui sont souvent incomplètes, et qui vont à la recherche, à la découverte des corps inconnus destinés à combler les lacunes qui existent encore dans leurs séries ; seulement les chimistes, quand ils y arrivent (et c'est fréquent) découvrent des corps réels,

incontestables, qui existent dans la nature, et qui viennent prendre la place préétablie dans leur classification. Il n'en est pas de même de notre science; là on est obligé d'emprunter les éléments de cette classification toute artificielle, et les emprunter aux formes, aux espèces et aux périodes les plus diverses des maladies mentales, on est obligé de prendre un des éléments dans la démence, un autre dans la manie aigüe, un autre dans la monomanie, de tout mélanger, de tout confondre sous prétexte de

classement, harmonie et méthode. La méthode psychologique qui paraissait séduisante au premier abord, qui, en effet, n'est qu'une application de la psychologie à la pathologie a donc eu ce grave inconvénient dans la médecine mentale, de brouiller toutes choses, d'établir un classement tout à fait artificiel, d'emprunter des éléments aux formes les plus diverses pour rapprocher ce qui devrait être distingué et pour distinguer ce qui devrait être réuni

La classification psychologique a donc eu à ce point de vue, beaucoup plus d'inconvénients que

d'avantages pour les progrès de la mé-
decine mentale.

J'arrive à l'Ecole Somatique :

L'Ecole Somatique a été surtout fon-
dée en Allemagne par le célèbre
Jacobi qui a publié de nombreux
volumes pour établir cette doctrine
dont il est le chef, et qui a eu en
Allemagne de nombreux successeurs
qui existent encore aujourd'hui
soit à Vienne, soit à Berlin.

Cette école repose sur ce fait que
la folie est souvent une mala-
die somatique, que le cerveau
n'est atteint que secondairement

dans les maladies mentales, que la vraie cause organique de la folie réside dans les lésions de tous les organes autres que le cerveau. On arrive ainsi à créer des folies pulmonaires, des folies cardiaques, abdominales, des folies en rapport avec la circulation de la veine porte, avec les maladies utérines, avec les maladies génito-les, avec les maladies de tous les organes de l'économie ; on arrive à transporter le domaine de la folie dans tout l'organisme et à donner au cerveau un rôle très secondaire au lieu d'un

rôle prépondérent.

Cette doctrine somatique a régné pendant très longtemps en Allemagne et y règne règne encore dans une certaine mesure ; cependant depuis Gresig, Belsfot et leurs successeurs, l'étude du cerveau, de la moelle, a repris une place importante dans l'étiologie de la folie

La doctrine somatique a été utile en ce sens qu'elle a fait connaître beaucoup de troubles physiques qui existent chez les aliénés. Elle a complété l'observation de l'aliénation mentale, et, sous

ce rapport, cette direction scientifique n'a pas été sans importance et sans utilité, mais c'est évidemment une direction qu'il faut abandonner au moins comme direction exclusive et prédominante. Ce n'est pas dans les organes autres que le cerveau qu'il faut chercher la cause organique de la folie ; le cerveau est l'organe malade, c'est surtout sur les lésions du cerveau que doit porter l'étude anatomique ou clinique des maladies mentales.

J'ai voulu vous indiquer rapidement, messieurs, ces faits histo-

riques et ces grandes écoles avant d'aborder le sujet principal de cette leçon.

Mon but aujourd'hui est de chercher à critiquer la classification existante de Pinel et d'Esquirol, et de démontrer comment à la place de cette classification qui règne encore aujourd'hui dans les esprits et dans la science, il est possible, dès à présent, de substituer d'autres divisions et d'autres formes plus naturelles de maladies mentales.

La classification qui règne aujour-

d'hui dans la science, non seulement
en France mais encore à l'étran-
ger, consiste surtout dans quatre
formes principales :

La Manie,

La Mélancolie,

La Monomanie

La Démence.

A ces formes il faut ajouter l'im-
bécillité et l'idiotisme qui sont
des formes accessoires, en dehors
de l'aliénation mentale propre-
ment dite.

Sur quoi repose la définition de
la manie ?

Elle repose sur deux caractères princi-
paux :
Le trouble général des idées et l'ex-
citation, excitation dans le mouve-
ment des idées et dans les mou-
vements extérieurs. Ce sont ces deux
caractères qui servent de base à l'é-
tablissement de la forme maniaque.

Qu'est-ce qu'un ma-
niaque ?

C'est un malade qui délire sur
tous les objets sans se fixer sur
aucun, qui n'a point de repos,
presque point de paix, au milieu
de son délire, qui saute rapide-
ment d'une idée à l'autre

qui a de l'incohérence à divers degrés dans la succession des idées, qui ne peut se fixer ni au physique ni au moral, il a dans les mouvements comme dans l'intelligence une excitation incessante qui ne peut pas se contenir et qui se manifeste souvent à un degré extrême par un désordre non moins extrême dans les idées et dans les actes ; ces malades crient, chantent, gesticulent, jurent, se livrent à tous les actes possibles, déchirent leurs vêtements, etc etc. En un mot ce sont des agités, des malades qui se manifestent à première vue soit par la succession

rapide de leurs idées, soit par le désordre outré de leurs mouvements.

Rien que cette définition vous montre, messieurs, combien cette classification est superficielle, artificielle, et mérite presque le mot un peu dédaigneux que j'emploie quelquefois en disant que c'est une classification d'infirmier.

Je ne veux pas, par là, rabaisser le progrès et le mouvement de la science qui nous a précédés, mais c'est une manière de faire comprendre comment ces manifestations, qui frappent à première

vue, frappent autant la première personne venue que le médecin lui-même, il n'y a pas là d'élément médical dans cette classification.

Qu'est-ce, en effet, que le médecin, comme le définissent Hippocrate et tous les successeurs d'Hippocrate?

Le médecin est un homme de traitement et un homme de pronostic. La base de la médecine c'est le diagnostic, le pronostic et le traitement. Or, où voyez-vous bien les éléments d'un diagnostic sérieux, d'un pronostic sérieux

et d'un traitement efficace dans cette classification purement superficielle ? Voilà un malade qui crie, qui chante, qui gesticule, qui se livre aux mouvements les plus désordonnés ; c'est un maniaque ; mais que pouvez-vous en conclure ? Que pouvez-vous conclure relativement à son passé et relativement à son avenir ?

Rien ! Vous ne pouvez pas savoir ce qu'il a été avant, ni ce qu'il sera plus tard, il n'y a pas de marche possible à prévoir ; par conséquent il n'y a pas de pronostic. Ce malade guérira-t-il

y aura-t-il démence ? quelle sera la marche ultérieure de la maladie ? Vous ne pouvez absolument rien conclure de ce fait artificiel de l'agitation maniaque, et la preuve c'est que vous réunissez sous le nom de maniaques les malades les plus différents. Vous réunissez d'une part les maniaques vrais qui ressemblent aux malades atteints de délire fébrile, de délire toxique, dont l'agitation est continue, qui ne cessent pas de remuer jour et nuit, dont la parole est sans arrêt, qui arrivent jusqu'au crachotement, comme

dans le délire aigu, qui ont besoin de répéter les mêmes mots, les mêmes gestes, les mêmes mouvements, qui sont au degré extrême de l'agitation, souvent avec des phénomènes fébriles évidents et incontestables, vous les réunissez avec d'autres malades qui ont une simple excitation maniaque, comme nous en voyons dans la période d'excitation de la forme circulaire. Ce sont des malades qui, au lieu d'être désordonnés et d'être incohérents comme les maniaques dont je vous parlais tout à l'heure

ont, au contraire, des idées très rapides se succédant très vite, mais des idées souvent très spirituelles, très ingénieuses, très remarquables même et souvent bien plus intelligentes pendant la maladie qu'elles ne l'étaient avant que les malades fussent aliénés.

Eh bien, ces malades qui vous étonnent par leur mémoire excessive, par les citations qu'ils font d'auteurs anciens et classiques, par leurs reparties, par la finesse de leurs aperçus, par l'intelligence qu'ils déploient sous tous les rap-

-ports, ces malades, vous les mettez à côté d'autres maniaques, incohérents, désordonnés, absolument différents, vous rapprochez l'excitation maniaque de la manie aigüe et de la manie suraigüe. Sont-ce deux cas analogues? Pouvez-vous conclure à un même pronostic? à un même diagnostic, dans deux cas aussi différents? Vous réunissez sous le nom de manies, manie épileptique, manie histérique et même manie sans délire, les manies raisonnantes; tous ces états si différents sont groupés sous un même nom dans la

Classification actuelle qui est évidemment insuffisante, artificielle, et qui est l'enfance de l'art, et appelle de nouveaux progrès, de nouvelles classifications.

Il en est de même de la mélancolie.

La mélancolie est un groupe encore beaucoup plus étendu que la manie, non seulement comme l'entendait Pinel qui y comprenait tous les délires partiels sans excitation, mais même après en avoir séparé la monomanie, comme l'a fait Esquirol. Que voyons-nous, en effet, chez les mélancoliques? nous nous

représentons un mélancolique comme un homme immobile, assis sur une chaise, ayant la tête baissée, ne parlant pas, gardant un mutisme presque absolu, ayant autant de lenteur dans les conceptions que dans les mouvements, immobile sur son siége, dont la circulation est retardée, les extrémités froides, qui souvent arrive presque à la stupidité, à la démence, à la stupeur.

Voilà le type du mélancolique tel qu'on se le représente ordinairement

c'est le type qu'Esquirol indiquait et
que Monsieur Baillarger a défini
sous le nom de mélancolie avec stu-
peur à divers degrés.
Mais à côté de ce type, que voyez-
vous réuni dans les mélancoliques
de Pinel et d'Esquirol ?
Vous y voyez, au contraire, des ma-
lades qui viennent vous aborder avec
toutes les apparences de la raison,
qui dissimulent leur délire, qui
parlent de tous les sujets étran-
gers à leur délire comme des hom-
mes raisonnables.
Vous y rencontrez par exemple

les persécutés, cette classe immense que nous admettons aujourd'hui, qui faisait partie des mélancoliques de Pinel et d'Esquirol. Ce sont des malades qui ont des idées fixes, comme on le disait autrefois, qui se croient poursuivis, injuriés, insultés, qui ont en un mot, tous les caractères du délire de persécution, sur lequel nous insisterons plus tard, mais qui ne ressemblent en rien aux mélancoliques dont je viens de parler tout à l'heure.
Au lieu d'être inactifs, immo-

biles, muets, silencieux, inertes sur leur
siège et presque couchés, comme plusieurs
mélancoliques qui sont, restant au lit,
dans l'immobilité la plus absolue.
Ces malades, au contraire, ont toutes
les apparences de la santé et de la
raison; ils ont une activité exhubé_
rante, ils écrivent des lettres, ils ré_
clament auprès des autorités, ils
vont se plaindre, ils poursuivent
leurs persécuteurs et les suivent
partout, ils cherchent à se venger,
ils les accusent, ils ont une activité
excessive, seulement ces malades là
ne peuvent pas passer pour de

vrais mélancoliques, ils sont plutôt expansifs qu'abattus.

Aussi M. Baillarger a-t-il insisté sur la distinction entre ces deux espèces de mélancoliques; il a admis qu'il fallait diviser la folie les mélancoliques d'Esquirol en deux classes:

1º Les mélancoliques proprement dits, Les mélancoliques dépressifs, tendant à la stupeur qu'il a fait passer dans le délire général à côté des maniaques

2º Les mélancoliques, au contraire,

de monomanie avec idées fixes ayant des apparences de raison et qu'il a laissés dans la monomanie au lieu de les classer dans la mé-lancolie.

M. Baillarger qui est cependant un grand partisan de la doctrine de Pinel et d'Esquirol, et qui conserve encore à notre époque la classification comme une arche sainte à laquelle il ne faut pas toucher, a fait lui-même une attaque profonde à cette classifi-cation en distinguant avec

beaucoup de raison, ces deux clas-
ses de mélancoliques, les mélan-
coliques actifs et les mélancoliques
passifs, les mélancoliques au
contraire, qui ont de l'expansion,
de l'activité, le besoin de mouve-
ment et une intelligence très
exercée et très rapide.

M. Baillarger a attaqué ainsi
indirectement la classification
tout en cherchant à la soutenir
dans son ensemble.

J'arrive à la monomanie.

La monomanie a été

l'objet de beaucoup de discussions sur lesquelles je n'ai pas à insister ici.
Vous savez qu'Esquirol, en établissant la monomanie, l'a fait reposer sur tout sur l'unité du délire, ou du moins sur un délire tellement restreint, tellement limité, qu'il permettait l'exercice de toutes les facultés intellectuelles dans toutes les autres directions.
Ce qui a servi de base à l'établissement de la monomanie, c'est cette idée, fausse en théorie et en clinique, que le délire des aliénés pouvait se limiter d'une manière

excessive, à une seule série d'i-
dées ou même à une seule idée.
Mon père, le premier, a protesté
pendant toute sa vie contre cette
doctrine. Mr Foville, presque éga-
lement à la même époque, a
déclaré que la monomanie n'exis-
tait pas ou du moins qu'elle
était extrêmement rare. Mais
pendant très longtemps ces deux
médecins ont été presque seuls
de cet avis; la majorité des
élèves d'Esquirol a continué
à propager la doctrine des
maîtres et la monomanie

a régné penant longtemps sans conteste dans la science. On en a même fait un véritable abus au point de vue des tribunaux, on est arrivé à admettre des monomanies aussi variées que les actes ou les idées qui pouvaient surgir chez les aliénés et surtout au point de vue de la médecine légale, cette prétention a été très nuisible non seulement à la science, mais aux aliénés eux-mêmes; on a admis des monomanies homicides, instinctives, absolument exclusives:

monomanie homicide ; monomanie du vol, monomanie incendiaire, on a divisé la monomanie à l'infini et l'ouvrage de M. Marx sur la médecine légale, nous indique cette division d'une façon très claire et très nette.

Depuis cette époque la réaction s'est établie peu à peu et mon père y a contribué puissamment. Il a lutté toute sa vie contre la doctrine des monomanies, non seulement au point de clinique de l'ob-

servation clinique, mais au point de vue de la théorie philosophique, il a cherché à démontrer que les facultés humaines sont solidaires les unes des autres, qu'on ne peut pas en laisser isolément, qu'il est très difficile de les scander; que dans la maladie une faculté est atteinte à côté de l'autre et qu'il est difficile, qu'il est impossible de limiter le cercle de l'altération des facultés intellectuelles et le cercle des idées, que, par conséquent, dans toute monomanie, quelque restreinte qu'elle soit, qu'elle paraisse être, en étudiant

bien, on découvre des phénomènes généraux, des phénomènes d'ensemble, qui sont le fait pathologique essentiel, initial, que c'est sur cette base, sur ce fond pathologique, que se développent peu à peu les idées délirantes, que ces idées délirantes ne préexistent pas, qu'elles sont, au contraire, consécutives à l'existence de ce fond primitif et que, quand on observe bien les aliénés, on voit d'abord qu'ils sont dans un état vague de tristesse, d'abattement, de per-

turbation générale de l'intelligence avant d'arriver peu à peu à formuler certaines idées qui peu à peu aussi se systematisent et finissent par se stérotyper.

Mon père a très bien établi cette génération des idées ~~p~~déli-rantes, qui commencent par un état vague, état qui aboutit len-tement, très lentement, à la sys-tématisation et plus tard à une période absolument stéréotypée.

Cette doctrine de la monoma-nie a donc été combattue succes-

sivement et aujourd'hui on peut dire que, quoique le mot subsiste encore, la chose domine très peu dans la science, et que les partisans de la monomanie vraie, de la monomanie exclusive, diminuent de jour en jour sans qu'on s'en aperçoive.

On continue à se servir du mot mais on nie l'existence de la chose.

La monomanie n'est donc pas une forme naturelle de maladie mentale; elle est d'au-

sant moins une forme naturelle, qu'elle s'applique aux états les plus divers. Le mot de monomanie s'applique non seulement à la monomanie des idées, mais à la monomanie des instincts. Vous avez des monomanies basées sur les actes. On a admis la monomanie du suicide, la monomanie homicide, la monomanie basée sur tous les actes possibles, sur toutes les idées des aliénés.

Le cercle est ainsi très étendu et tout a fait en dehors de la clinique. Ce n'est pas de l'observation vraie

ce sont des faits isolés, des faits superficiels, qui sont observables par tout le monde. C'est le relief même de l'affection mentale, mais ce n'est pas le fond.

La classification de Pinel et d'Esquirol est donc la moins acceptable de toutes.

J'arrive maintenant à la démence

La démence est une sorte de caput mortuum qui comprend les états les plus différents; elle comprend d'abord les démences des affections cérébrales organiques, l'épilepsie, la folie.

Toutes les maladies cérébrales qui entraînent un trouble de l'intelligence ont pour résultat de déterminer un certain degré de débilité intellectuelle.

Les maladies à foyer, les apoplexies, les ramollissements, les tumeurs cérébrales, les maladies syphilitiques, toutes les maladies localisées du cerveau entraînent plus ou moins un certain degré de faiblesse intellectuelle, mais ce degré est quelquefois excessif et aboutit alors à la vraie démence telle que la comprenaient

Pinel et Esquirol, c'est à dire à l'oblitération presque complète des facultés intellectuelles... car c'est ainsi que Pinel a défini la démen[ce]

Ce n'est que par suite d'un abus de termes que, peu à peu, les successeurs de Pinel et d'Esquirol ont étendu énormément le cercle du mot démence. On a fini par l'appliquer aux deux tiers des habitants des asiles d'aliénés, à toutes les folies chroniques.

Toutes les maladies qui débutent par la manie, par la mé-

-lancolie ou la monomanie aboutissent, dit-on, à la démence, c'est à dire à un état de débilité intellectuelle plus ou moins prononcé et qui augmente avec les années, sans jamais aboutir à un affaiblissement intellectuel aussi intense que celui des affections cérébrales organiques ou que celui de la démence sénile.

Vous avez encore la démence sénile dont je viens de mentionner le nom, qui est une forme distincte, une démence spéciale. Enfin vous avez la démence paralytique qui n'est qu'une période, une variété, une

forme de la paralysie générale.

Vous voyez donc que la démence s'appli que aux états les plus divers comme symptomalogie, comme étiologie, com anatomie et comme pronostic. Par conséquent, ce mot démence est un mot tellement vague qu'il ne peut répondre à rien de tel dans la nature; ce n'est pas là une vraie classification naturelle des maladies mentales.

J'ai été obligé de passer très rapidement sur ces faits, sur lesquels j'aurais pu insister. Je tiens à arriver à la dernière partie de

cette leçon, c'est à dire à vous montrer que, quoique nous conservions encore aujourd'hui les dénominations de nos maîtres, ces dénominations restent seules dans le domaine public et ne répondent plus à des faits réels, acceptés par tous. Une modification profonde s'est opérée à notre insu, à l'état latent et souterrain en quelque sorte, depuis quarante ans et nous admettons aujourd'hui des formes très différentes de celles qui étaient admises par Pinel et Esquirol : nous

avons d'abord la paralysie générale qui a fait une brèche énorme à leur classification et qui est sorti des rangs des élèves mêmes de Pinel et d'Esquirol. Cette paralysie générale à elle seule détruit la classification régnante.

Qu'est-ce, en effet, que la paralysie générale ?

Cette maladie est basée à la fois sur des caractères anatomiques, sur des caractères physiques, et sur une marche déterminée. C'est une maladie qui a tous

les caractères d'une forme naturelle de maladie mentale et elle a une étiologie spéciale, elle a une anatomie spéciale, des symptômes spéciaux physiques et moraux qui se succèdent dans un ordre déterminé et possible à prévoir au moins d'une manière générale, et enfin une évolution et une terminaison naturelle. C'est donc là une vraie forme naturelle de maladie mentale, au moins dans les faits principaux, dans les faits considérables qui ont servi de base

à la création de cette maladie ~~men~~ ~~tale~~ nouvelle. La paralysie générale sur laquelle j'insisterai dans une prochaine leçon est donc une maladie tout à fait spéciale qui se détache comme un groupe naturel de toute la classification régnante et la preuve c'est qu'on trouve chez les paralytiques, des mélancoliques, des maniaques, des monomaniaques et des déments, de sorte qu'on qu'on trouve réunies dans la même maladie toutes les prétendues formes de la clas-

-sification de Pinel et d'Esquirol. Vous avez des paralytiques qui commencent par être mélancoliques et qui le deviennent plus tard aux diverses périodes de leur affection ; vous avez les paralytiques monomaniaques ou orgueilleux qui ont été si bien décrits par Bayle et Calmeil, et par tous les autres auteurs, vous avez des paralytiques maniaques qui sont quelquefois pendant cinq ou six mois dans une agitation maniaque des plus

intenses ; enfin vous avez la démence paralytique que tout le monde connaît et admet. La paralysie générale est donc un coin introduit dans la classification, dans l'édifice de la classification et qui, à lui seul, suffirait pour la déterminer.

Il en est de même de l'alcoolisme. Du temps de Pinel et d'Esquirol on ne connaissait guère que le delirium tremens ou, du moins, c'était le seul décrit dans les auteurs, en Angleterre

d'abord Monsieur Sutton, en Angleterre, Mr Reil en France, et Mr Levéillé plus tard, dans un volume spécial, avaient décrit le delirium tremens, c'est à dire la forme maniaque de l'alcoolisme. Mais l'alcoolisme n'était pas connu comme il l'est aujourd'hui ; c'est surtout depuis les travaux de Magnosus, médecin suédois, qu'il est entré dans la science. On l'a étudié à la fois au point de vue psychique et au point de vue physique. Depuis lors, le

professeur Lasègue a fait dans les « Archives de médecine » des articles extrêmement intéressants sur l'alcoolisme subaigu, c'est à dire sur la forme mélancolique du délire de l'alcoolisme.

Cette forme, qui est très fréquente à Paris, que l'on peut observer tous les jours, soit dans la clinique privée, soit dans les asiles d'aliénés, cette forme mérite une attention particulière et elle n'était pas connue autrefois comme aujourd'hui

L'alcoolisme subaigu qui mé-

rite une description spéciale, qui a été très bien décrit par le professeur Lasègue, et bien, l'alcoolisme subaigu est une forme, une variété mélancolique de l'alcoolisme qui correspond au délire de persécution avec des caractères distincts sur lesquels M. Lasègue a insisté avec beaucoup de raison.

Je ne veux pas insister aujourd'hui sur ces caractères; j'y reviendrai plus tard, mais l'alcoolisme, comme vous le voyez, se présente, selon les malades, selon les périodes de son déve-

loppement, tantôt la forme mélancolique, tantôt la forme maniaque, tantôt même la forme démente, dans l'alcoolisme chronique.

Il y a, en outre, quelques alcooliques qui, sous l'empire de la jalousie, sous l'empire de certains sentiments dominants, semblent et peuvent paraître, à première vue, de véritables monomaniaques. Il y a des périodes de l'alcoolisme, dans lesquelles il n'est pas encore arrivé à l'état subaigu et où, la jalousie, par exemple, est

le sentiment dominant ; ces malades poursuivent leur femme de leurs obsessions, de leurs accusations, de leurs soupçons. Ce sont de véritables malades jaloux qui arrivent très souvent jusqu'au meurtre et à l'homicide.

Nous trouvons donc que dans l'alcoolisme les mêmes faits que dans la paralysie générale, nous trouvons des alcooliques déments, maniaques, monomaniaques et mélancoliques, par conséquent, dans le même état, établies sur une base étiologique, c'est à dire sur une

base étiologique solide et sérieuse, nous trouvons toutes les variétés de la classification de Pinel et d'Esquirol.

Il en est de même de la folie à double forme, de la folie circulaire, maladie nouvelle décrite par mon père et par M. Baillarger.

Eh bien, dans cette forme de maladie mentale, nous observons les deux états qui constituent des espèces soi-disant naturelles dans la classification régnante, la manie et la mélancolie qui se succèdent d'une manière ma-

régulière et continue pendant toute l'existence de ces individus, soit à courte échéance, soit à longue échéance; les malades atteints de folie circulaire et de folie à double forme, présent chez les mêmes individus les deux formes absolument différentes admises par Pinel et Esquirol; la manie et la mélancolie se succèdent chez un même malade d'une manière non interrompue. Ceci est une preuve de plus que cette classification est insuffisante et ne représente pas des états naturels. Des

états véritables de l'observation des aliénés

J'aurais à passer en revue plusieurs autres formes, malheureusement le temps me manquerait pour les examiner avec quelque soin, mais j'y reviendrai puisque ça sera l'objet du cours que je vais faire pendant les deux mois qui vont suivre. Je signalerai seulement le délire de persécution qui faisait partie de la mélancolie d'Esquirol et qui est maintenant une forme absolu_

lument spéciale sur laquelle j'insisterai dans une prochaine leçon ; je chercherai à vous montrer que les persécutés sont des malades spéciaux qui peuvent être susceptibles d'une description absolument clinique et différente de celle des autres aliénés, qu'ils ont des premières périodes, qu'ils ont une période d'interprétation délirante, qu'à la suite de cette période, succède une période où l'hallucination de l'ouïe isolée, composée de mots séparés, en petit

nombre, toujours les mêmes, devient
le phénomène dominant ; que, peu
à peu, l'hallucination se com-
plique ; que plus tard arrivent
les hallucinations de la sensibilité
générale qui s'ajoutent à celle
de l'ouïe et qui complètent
le tableau de la maladie ; que
la maladie se systématise peu
à peu, que les malades arrivent
peu à peu à accuser soit une
personne déterminée qui les
persécute, soit un ensemble
de causes occultes, l'électricité,

le magnétisme, la franc-maçonnerie, les Jésuites, la police, le diable, etc, qu'ils concentrent toute leur crainte sur une influence générale, une influence occulte, au lieu de la localiser sur une personne déterminée ; enfin qu'il y a plus tard une dernière période dans laquelle le délire devient stéréotypé, et où les idées de grandeur viennent s'ajouter aux idées de persécution. Eh bien, ce délire est susceptible d'une description spéciale,

d'une description clinique absolument différente de celle des autres mélancolies, et mérite de figurer, jusqu'à nouvel ordre, à titre de forme distincte et spéciale de maladie mentale. Un autre fait capital qui a été introduit dans la science depuis l'époque de la mort d'Esquirol, c'est à dire depuis quarante ans, c'est le fait établi surtout par Monsieur Morel à la suite de Monsieur Prosper

Lucas, de M. Moreau, de Tours, et de beaucoup d'autres, c'est l'influence spéciale de l'hérédité non seulement sur la production de la maladie mentale, mais sur la forme spéciale de la maladie.

M. Morel a admis des folies héréditaires. Elles ont été très contestées, très discutées, elles le sont encore aujourd'hui. Mais malgré les discussions, malgré les contestations, un fait principal reste acquis à la science, et c'est un fait

énorme qui modifie, qui transforme complètement la division et la classification des maladies mentales. Il est impossible aujourd'hui (et personne n'oserait le nier, même les adversaires les plus déclarés de l'hérédité) personne n'oserait nier qu'il y a des aliénés qui diffèrent ~~totalement~~ de tous les autres, non seulement parce qu'ils sont fils d'aliénés, mais parce qu'ils portent en eux des stygmates indélébiles et physiques et moraux de leurs prédispositions

héréditaires. Ces malades dans leur enfance ont des déviations très marquées des fonctions organiques, ils ont des déformations des oreilles, des déformations de la tête, des strabismes, des tics de la face, des déformations de presque tous les organes. On peut les passer en revue successivement, comme M. Morel l'a si bien fait, et comme on peut le faire encore d'une manière plus complète après lui. Ils ont

des stygmates et des sygmates mo-
raux. Ces malades présentent
dès l'enfance, un caractère tout
différent des autres enfants de
leur âge; ils ne peuvent pas
vivre de la vie commune, ils
sont repoussés de partout. Ils ne
peuvent rester ni en pension,
ni dans les collèges, les parents
ne savent qu'en faire, ils sont
en lutte avec leur entourage.
dès leur enfance ils se mani-
festent comme des êtres spé-
ciaux, absolument prédisposés

à leur maladie future ; et puis, à l'é-poque de la puberté, vers 12 ou 14 ans, ils ont des accidents cérébraux ; ils ont des phénomènes choréiformes, des délires passagers, des lésions des méninges d'une forme particulière, etc.

Quand ils arrivent à la puberté ils ont souvent des accidents cérébraux, des accidents nerveux de tout ordre, des accidents étranges qui ne ressemblent en rien à ceux qu'on est habitué à observer chez d'autres malades qui n'offrent pas cette prédisposition spéciale ; et, chose

remarquable, ces malades qui, dès leur enfance, dès l'âge de puberté ont présenté des caractères si spéciaux, si différents des autres hommes, ces malades à cette époque, subissent une sorte de bifurcation. Les uns marchent vers la démence, les autres vers l'imbécillité et l'idiotisme, les autres marchent vers la folie partielle, vers la folie raisonnante. Ces individus qui sont prédisposés et qui ont eu, dans leur jeunesse, des manifestations physiques et morales, commencent à se manifester

comme des êtres différents du reste du genre humain ; ils ne peuvent vivre nulle part, ils sont vagabonds, ils changent de profession, ils changent de localité, ils entrent dans les collèges, dans les couvents, dans les régiments, s'engagent dans la marine, se font condamner par les conseils de guerre, vivent d'une vie vagabonde, voyagent dans toutes les parties du monde, ont l'existence la plus irrégulière, la plus mouvementée que l'on puisse rencontrer, et en même temps, ces indi-

vidus ont l'existence la plus irrégulière, la plus mouvementée que l'on puisse rencontrer, et en même temps ces individus ont, de temps en temps, des symptômes physiques ; ils en ont dans l'ordre des fonctions génitales, sur lesquelles on n'a pas assez insisté, sur lesquels M. Legrand du Saulle a appelé l'attention dans un travail écrit à ce sujet et sur lesquels j'ai insisté moi-même à la Société de psychologie.

Ces phénomènes de l'ordre

génital mériteraient d'être étudiés. Ces individus ont, de plus, des phénomènes conjonctifs, des accidents cérébraux à diverses périodes de leur existence, et, le plus souvent après avoir passé par des accès successifs soit d'ordre moral, soit d'ordre physique, ils arrivent à la mort par des accidents cérébraux subits, rapides, extraordinaires, qui étonnent le médecin, qui étonnent le pathologiste, parcequ'il n'est pas habitué à les rencontrer dans toutes les autres formes

Ce sont des héréditaires, en un mot, qui sont frappés d'un stigmate particulier, physique et moral et qui méritent une descriptio[n] particulière, qui méritent d'êtr[e] détachés particulièrement et cli[-]niquement et scientifiquement de toutes les autres formes de la folie. Eh bien, ce sont tantôt des maniaques, tantôt des mo[-]nomaniaques ; ils appartiennent aux diverses formes de la clas[-]sification régnante et, en réalit[é] n'appartiennent qu'à une seul[e] forme ; la folie héréditaire.

qui mérite d'être décrite spécialement et séparément de toutes les autres formes de la folie.

J'aurai également à insister sur les folies épileptiques, sur les folies hystériques, sur certaines folies hypochondriaques et enfin sur les folies avec conscience, un autre fait capital a été détaché de la classification générale de Pinel et d'Esquirol, et qui mérite une description spéciale. Ces malades ont pour caractère principal

d'avoir conscience de leur état de maladie. Or, pour Pinel et Esqui et toute leur école, le premier caractère de la folie, c'est l'absence de conscience de son état, et la preuve, c'est que la plupart des autres aliénés, les persécutés en particulier, ne se croient pas malades, ils se croient victimes, ils n'admettent pas qu'ils soient aliénés. Ces malades dont je parle, au contraire, ces malades avec conscience ont la préoccupation hypochondriaque de leur état mental, ce sont

hypocondriaques au moral, comme je les ai nommés une fois ; ils exagèrent leur état de maladie morale, ils n'ont plus de sentiment, ils n'ont plus d'affection pour leurs parents et pour leurs amis. Ils disent qu'ils ont perdu leur intelligence, qu'ils sont incapables de tout, qu'ils ne peuvent plus ni penser, ni parler, ni agir, qu'ils ont perdu toutes leurs facultés, qu'ils sont dignes de compassion et parfois, ils disent dignes de la mort.

Ils ont le dégout de la vie, l'en-

mi, le *taedium vitae*, et, avec cela, ils ont conscience de leur état, ils savent très bien qu'ils sont malades, que c'est une maladie, et ils s'en alarment, ils s'en affligent, ils s'en tourmentent outre mesure. Ce sont des hypocondriaques au moral, comme ce sont des hypocondriaques physiques, ils se sentent atteints dans leur état mental comme les autres dans leur état nerveux général. Eh bien, ces malades présentent des variétés, des formes diverses. La folie avec conscience peut exister

au point de vue intellectuel, au point de vue émotif, au point de vue des sentiments, au point de vue des instincts, mais elle a toujours pour base la conscience particulière de son état maladif. C'est dans cette catégorie qu'il faut faire entrer les clostrofornes, les malades atteints de la folie du doute, de la folie du toucher. Tous ces malades sur lesquels j'aurai à insister dans une prochaine leçon sous le nom de délires émotifs... faute de mieux.

nous n'avons pas de désignation spé-
ciale pour indiquer, sous une forme
générale, tous ces états que l'on
a beaucoup trop spécialisés en en
faisant des maladies spéciales
sous le nom de chlorophobie, etc
etc,

Eh bien, messieurs, mon but est
rempli, je crois. J'ai eu pour
but en vous faisant l'historique
des doctrines qui ont régné dans
la médecine mentale, en faisant
la critique de la classification ré-
gnante, d'arriver à vous montrer
qu'il existe, dès à présent, des

formes nouvelles de maladies mentales, que certainement la classification n'a pas changé, que nous nous servons des mêmes expressions, que les mots de manie et de démence règnent encore dans la science, mais que nous n'avons conservé que les apparences de la classification de nos maîtres et qu'au fond la science est changée, nous avons des formes nouvelles, des formes que tout le monde admet, que tout le monde dénomme, que tout le monde reconnaît aujour-

d'hui sans douter ; alors qu'on se croit sous l'empire de la doctrine de nos maîtres ; l'édifice qu'ils ont fondé est lézardé de toutes parts, il est attaqué par la base, il est attaqué dans son intérieur. L'aménagement intérieur de l'édifice a disparu, un travail latent et souterrain s'est opéré qui a tout transformé, on a conservé en quelque sorte que la façade, il reste encore une décoration extérieure, une enseigne, des dénominations à nous servir, mais le fond de l'édifice a disparu ; il ne manque plus

aujourd'hui qu'un architecte de génie pour reconstruire un nouvel édifice à la place de celui qui est sur le point de s'écrouler, et, comme le disait mon père, nous sommes à une époque de transformation et de rénovation dans la science, nous sommes à l'époque des Tournefort, des Linné et nous attendons un Jussieu.

Dimanche prochain je parlerai des variétés de la paralysie générale. Je ne puis pas dans une seule leçon faire l'histoire

de la maladie ; j'indiquerai les principales variétés qu'elle comprend aujourd'hui dans l'état de la science.

2me Leçons

16 Novembre 1884

Messieurs,

Dans la dernière séance, dans le discours d'ouverture, dans une description générale, j'ai indiqué quels étaient les inconvénients, les effets, les vices de la classification actuel-

lement admise dans les maladies mentales, qui les divise en 4 catégories principales :

1° La manie,

2° La Monomanie,

3° La mélancolie

4° La démence

J'ai cherché à vous montrer que cette classification était tout à fait artificielle, qu'elle reposait sur des documents insuffisants et qu'il était nécessaire de chercher, dans d'autres voies, d'autres

modes de classification. J'ai conclu en disant que cette classification actuelle n'existait pas encore, qu'il fallait en chercher les éléments dans des directions diverses, mais que cependant il existait un certain nombre de formes nouvelles que nous pourrons, dès à présent, connaître ou décrire.

J'ai l'intention, dans le cours de cette année, de parcourir les principales formes nouvelles auxquel-

les je fais allusions et qui sont =
la paralysie générale, la folie cir-
culaire, le délire de persécution,
les diverses variétés de mélanco-
lie, mélancolie anxieuse, mélan
colie avec conscience, les folies
héréditaires, et enfin les états
émotifs, c'est à dire les états
avec conscience, qui méritent
une description toute particulière
auxquels il faut encore ajouter
certaines formes de folie épilep-
tique, folie hystérique, hypo.

condriaques et traumatique, qui viennent compléter les formes aujourd'hui connues et décrites dans les maladies mentales. Il conviendrait d'y ajouter la description de l'alcoolisme, mais le temps ne me permettra pas cette année d'aborder ce côté de la question.

Je commencerai aujourd'hui par la paralysie générale, je dois réparer ici une omission complètement involontaire que j'ai

commise à la dernière leçon.

Dans l'énumération des cours qui ont été faits à la Salpê-trière depuis Pinel, j'ai cité les principaux cours faits au point de vue des maladies men-tales et j'ai omis bien involon-tairement de mentionner comm[e] enseignement libre, l'enseignemen[t] de Monsieur Charcot qui, cer-tainement a contribué puissam-ment, plus puissamment que tous les autres, à attirer les

élèves à la Salpêtrière par un
un enseignement sur les mala-
dies ~~cere~~ nerveuses qui touchent
de si près aux maladies cérébrales
et aux maladies mentales dont
nous nous occupons. Cette omis-
sion, nous l'avons commise invo-
lontairement, car nous sommes
habitués dans notre spécialité
à nous parquer trop étroitement
dans la forme des maladies
mentales, au lieu d'étendre

comme on devrait le faire plus que jamais, l'étude aux maladies cérébrales et nerveuses qui touchent de si près aux maladies mentales. Je tenais à réparer cette omission qui pouvait eut été de ma part une véritable injustice

J'aborde aujourd'hui la description de la paralysie générale, maladie qui n'est connue que depuis le commencement de ce siècle, depuis

1822 environ.

C'est à cette époque que les élèves de Royer Collard, à Charenton, Bayle et Calmeil, ont, les premiers, étudié d'une manière très attentive et très soigneuse, la paralysie générale, d'abord au point de vue des autopsies, au point de vue des lésions anatomiques, et ensuite au point de vue des symptômes psychiques et physiques. Ce premier début a même été tellement

remarquable que les ouvrages de Bayle et de Calmeil, qui ont été publiés en 1822 et 1826, représentent encore aujourd'hui la véritable clinique. Ils sont certainement moins complets que beaucoup d'autres travaux fait depuis cette époque, mais ils ont jeté les bases de la descrip tion de la paralysie générale à tel point que l'on ne peut, sur beaucoup de points aujourd' d'hui, que reproduire leurs en-

seignements et les reproduire controler et confirmer leurs observations.

C'est donc en 1822 que commence l'histoire de la paralysie générale. Cette maladie, comme je vous l'ai dit dans la dernière séance, s'est détachée peu à peu, tout naturellement de toutes les autres maladies mentales.

Les élèves d'Esquirol, tout en adoptant la doctrine générale de leur maître, se sont séparés d'une manière très prononcée,

d'une manière très catégorique, à propos de la paralysie générale, se sont séparés de leur maître, et Esquirol lui-même qui, en 1816, dans un article du dictionnaire, considérait la paralysie générale à côté du scorbut et de la phthisie, com[me] simple complication possibles des maladies mentales, a depuis, étudié la paralysie générale dans son ouvrage, d'une manière toute spé-

-tiale, tout en la confondant beau-
coup, comme complication, avec les
autres formes de maladies mentales.
Il y a, dans l'histoire de la para-
lysie générale quatre périodes,
quatre phases. La première phase,
phase de l'origine, est celle qui
est surtout représentée par Esqui-
rol. A cette époque, à l'excep-
tion de Bayle qui s'était pro-
noncé pour une autre opinion,
Esquirol et tous ses élèves ad-
mettaient que la paralysie gé-

nérale n'était pas une maladie spéciale, distincte, que c'était un simple complication ou même une terminaison de toutes les maladies anciennes. C'est là l'opinion qui a régné dans la science pendant très longtemps et cette opinion s'explique tout naturellement par la manière dont la paralysie générale a été étudiée. On a commencé par l'étudier à reculons, en quelque sorte, c'est à dire

qui on a commencé par l'autopsie. En faisant des ouvertures de corps, des autopsies d'aliénés, on a constaté qu'il existait, dans le cerveau, des lésions des méninges de la surface cérébrale, des lésions assez caractéristiques et on s'est aperçu que ces lésions, qui s'observent dans un assez grand nombre de formes de la folie sont cependant plus spécialement liées à la forme paralytique, c'est à dire

que les malades qui présentent
à l'autopsie des lésions carac
térisées, importantes des ménin
ges et de la substance corti
cale, avaient présenté, pendant
leur vie, des symptômes de
paralysie plus ou moins géné
ralisée.

On a donc établi un lien natu
rel, très réel entre les lésions
trouvées à l'autopsies et les
symptômes observés pendant
la vie. Mais on n'observait

en réalité à cette époque, que les dernières périodes de la paralysie générale. C'était dans les asiles d'aliénés et souvent chez les malades en traitement que l'on commençait à constater les symptômes : des embarras de la parole, du tremblement, de la paralysie plus ou moins généralisée des membres. Il a fallu une observation plus prolongée et une succession

d'observateurs pour s'apercevoir que cette maladie remontait plus haut que d'abord on l'avait cru. On lui avait fixé une durée trop courte, les premiers observateurs lui avaient fixé la durée de six mois ou un an tout au plus.

Plus on a observé, au contraire plus la durée de cette maladie s'est étendue, et, en quelque sorte, à reculons

comme je le disais tout-à-l'heure, c'est à dire qu'on a mieux étudié les premières périodes dans les asiles d'aliénés, et qu'enfin on a étudié avec beaucoup plus de soin les périodes prodromiques qui précèdent l'entrée des malades dans les asiles d'aliénés. On est ainsi arrivé à étendre considérablement la durée moyenne de la maladie

et tandis que nos prédécesseurs
admettaient qu'elle ne durait
qu'un an, que d'autres
plus tard avaient fixé la
moyenne de trois ans, au-
jourd'hui nous sommes
arrivés à savoir que beau-
coup de paralytiques géné-
raux peuvent vivre pendant
huit, dix ans, et même
davantage. La longueur de
la maladie s'est donc très
étendue, depuis que de nous

velles observations sont venues s'a-
jouter aux observations primi-
tives.

Parchappe qui a fait des ob-
servations très nombreuses,
et des autopsies également
très nombreuses des paralyti-
ques et qui a publié un li-
vre sur les nécropsies, en
1840, est arrivé, après Bayle,
a formuler une opinion dif-
férente que celle d'Esquirol.
Il a admis et il a établi

chiniquement et automatiquement que la paralysie générale était une maladie spéciale ayant des caractères automatiques, ayant des caractères physiques des caractère de délire et une marche particulière; et, sur cet ensemble de faits, il a basé ce qu'il a appelé la folie paralytique, c'est à dire une maladie absolument distincte et différentiel de la manie, de la mono-

manie, de la mélancolie et de la démence. C'était l'opinion déjà soutenue par Bayle en 1822 et 1825. Bayle, le premier a exprimé cette opinion que la paralysie générale était de la méningite chronique, qu'elle avait pour cause anatomique les lésions des méninges et de la surface du cerveau, et que ces lésions étaient en rapport avec ~~avec~~ des symptômes physiques et

avec des symptômes de l'ordre intellectuel et moral. C'est Bayle surtout qui a établi ce lien et cette unité de la maladie et qui a cherché à la démontrer, même en poursuivant cette démonstration jusque dans le détail, c'est à dire en cherchant à mettre chacun des symptômes de la paralysie générale en rapport avec certaines lésions anatomiques. Il a surtout insisté sur le délire

ambitieux, le délire de grandeur dont il a fait un caractère pathognomonique de la maladie, opinion qui, aujourd'hui, est moins absolue qu'autrefois, mais il n'en est pas moins vrai que son observation est restée ~~grande~~ que le délire de grandeur est un des caractères principaux de la paralysie générale au point de vue des symptômes intellectuels. On en était là vers 1845, 1846, c'est à dire que deux opi-

nous régnaient sur la paraly-
sie générale, les unes la considé-
rant comme une simple compli-
cation des maladies anciennes,
les autres, au contraire, la consi-
dérant comme une forme spécial
ayant ses caractères particulier.
On en était là lorsqu'on com-
mença à observer dans les hôpi-
taux ordinaires, en dehors des
asiles d'aliénés certains faits
de paralysie générale sans
délire. C'est Requin, le pre-

mier qui, dans son livre, en 1846, a donné ce nom de paralysie générale progressive à des faits observés dans des hôpitaux; il a constaté que certains malades de nos hôpitaux ordinaires présentaient des symptômes de paralysie généralisée incomplète et progressive, analogue à ceux que l'on n'avait jusque là observés que les asiles d'aliénés. A partir de cette

observation faite par Requin, des observateurs sont venus se prononcer dans le même sens. Sandras, Brière de Boismont, Duchêne de Boulogne, ont étudié la paralysie générale en dehors des asiles d'aliénés, et, à cette époque, on était disposé à admettre deux espèces de paralysie générale, l'une sans délire, l'autre avec délire, l'une observée dans les hopitaux ordinaires, l'autre

au contraire, observée dans les asiles d'aliénés. Messieurs Baillarger et Lunier, à peu près à la même époque, avaient pris une opinion intermédiaire. M. Baillarger, dans ses cours à la Salpêtrière, M. Lunier dans une brochure publiée dans les annales médico-psychologiques, avaient admis que, dans la paralysie générale, le phénomène paralysie était le phénomène important, constant, dominant

tandis que le délire n'était qu'un phénomène secondaire, accessoire. Ils avaient ainsi fusionné les deux opinions antérieurement émises par d'autres auteurs. Ils n'admettaient pas qu'il y eut deux espèces de paralysie générale progressive, l'une sans délire et l'autre avec délire, mais ils admettaient que le délire devait être subordonné au lieu d'être le phénomène principal, comme l'avait admis Esquirol et son école.

Voilà donc plusieurs opinions qui se sont manifestées successivement et dont il faut tenir grand compte dans l'histoire de cette maladie.

Depuis lors, l'opinion de l'unité de la paralysie générale a dominé pendant d'assez longues années; on a décrit cette maladie comme tout à fait spéciale, distincte des autres formes de la folie et distinctes des autres maladies cérébrales. On en a fait une unité morbide, caractérisée par ses

caractères physiques, psychiques et moraux. C'est l'opinion à laquelle je m'étais rallié moi-même dans ma thèse, que M. Lasègue a défendue pour sa thèse d'agrégation en 1853, c'est l'opinion qui a été soutenue avec une grande énergie par M. Parchappe, dans les discussions de la société médico-psychologique. Cette opinion a dominé la science et la domine encore aujourd'hui, pour tous les

médecins qui s'occupent de maladies mentales, comme pour les médecins qui observent dans les hopitaux ordinaires. Une seule dissidence existe, les uns admettent qu'il ne peut y avoir de paralysies générales sans délire, tandis que d'autres en plus grand nombre croient que la paralysie générale sans délire se transforme tôt ou tard en paralysie générale avec aliénation. C'est là l'état actuel de la science. Cependant il

importe de dire que, depuis quelques années, de nouveaux éléments se sont introduits dans l'histoire de la paralysie générale, éléments sur lesquels j'aurai à insister tout à l'heure à propos de la description de la maladie, mais que je peux indiquer sommairement. Ce sont les suivants : D'abord on a découvert, comme je le disais tout à l'heure, que [illegible] la durée de la maladie était

beaucoup plus longue qu'on l'imaginait précédemment, et que ces malades atteints de paralysie générale pouvaient vivre quelquefois pendant très longtemps. D'autre part, on a observé des rémissions dans la marche de cette maladie qu'on avait considérée jusque là, comme régulièrement progressive. Ces rémissions ont été notées si souvent et considérées comme si intenses, si considérables, si

prononcées, que quelques auteurs ont pu croire à de véritables guérisons. C'est M. Baillarger qui surtout a attiré l'attention sur ce fait clinique très exact, très vrai, qu'un certain nombre de malades atteints de paralysie générale, peuvent, après une durée plus ou moins longue de la maladie pré_senter des rémissions extrême_ment prononcées, tellement prononcées, qu'elles peuvent simuler la guérison. Monsieur Baillar

a donc introduit dans la science ce fait qu'il a caractérisé en donnant à ces malades le nom de maniaques congestifs.
C'est un fait nouveau très important dans l'histoire de la paralysie générale, qui peut modifier la théorie générale de la maladie.
Un autre fait également important, introduit par Monsieur Baillarger, c'est l'étude du délire mélancolique dans la

paralysie générale. Bayle et Calmeil avaient bien signalé dans leurs observations, l'existence d'un stade mélancolique au début de la maladie. Quelques auteurs avaient bien rapporté quelques observations de délire mélancolique, mais le fait était tout à fait passé sous silence en général, laissé dans l'ombre et n'avait pas attiré l'attention comme cela a eu lieu de la part

de Monsieur Baillarger. Il a décrit la mélancolie dans la paralysie générale, non seulement au début, mais même aux diverses périodes de son existence, et il a donné quelques caractères spéciaux de cette mélancolie qu'il a appelée hypochondriaque, et ces caractères reposent surtout sur la transformation de la personnalité. Les malades atteints de délire mélancolique, quand ils sont

en même temps paralytiques gé-
néraux, expriment en général des
idées relatives à la transforma-
tion de leur personnalité. Ils
croient que leur corps tout entier
ou que diverses parties de leur
corps sont changés : ils ont
une tête de plomb, ils n'ont pas
d'estomac, ils croient avoir
des membres en fer ou en métal,
ils se croient, en un mot, trans-
formés dans l'ensemble ou
dans plusieurs parties de leur
corps. Cette variété de mélanco-

-hie est certainement très caractéris-
tique de la paralysie générale, sur-
tout quand elle s'accompagne,
comme je le dirai tout à l'heure,
des autres caractères du délire
paralytique, c'est à dire quand
elle est mal coordonnée, inconsis-
tante et contradictoire.

Voilà donc plusieurs faits très
importants introduits depuis un
certain nombre d'années dans
l'histoire de la paralysie géné-
rale. Ces faits et plusieurs autres

sur lesquels j'insisterai tout à l'heure, ont modifié l'opinion de quelques auteurs sur la théorie générale de la paralysie générale. Monsieur Baillarger, par exemple, est arrivé à cette conclusion, qu'au lieu d'admettre une seule paralysie générale, il fallait en admettre deux; il a conclu à la dualité au lieu de l'unité, et il a fait, dans ces derniers temps, plusieurs mémoires pour chercher

à démontrer cette opinion qu'il défend avec une grande énergie et une grande conviction. Il admet qu'il y a deux maladies, la démence paralytique et la folie paralytique, que la démence paralytique est le fait important, constant, le fond même de la maladie; que tout malade atteint de paralysie générale est un dément, mais qu'il n'est pas nécessairement un aliéné. Il admet que le délire

vient se surajouter à la démence paralytique, que le délire ambitieux, que le délire mélancolique, viennent secondairement s'ajouter à la démence paralytique et peuvent cesser et disparaître, tandis que la démence, les symptômes paralytiques persistent. Il admet donc deux maladies = l'une la démence paralytique qui est le fait constant, fondamental, l'autre, la folie paralytique

maladie accessoire, secondaire, qui vient s'ajouter à la maladie principale. C'est ainsi qu'il a expliqué les guérisons de la manie congestive. Il admet que les paralytiques généraux sont atteints d'un état maniaque pendant lequel ils expriment des idées de grandeur, des idées contradictoires, ils ont de l'agitation. Cet état dure plusieurs mois, 5, 6 mois, mais que, peu à peu, cela diminue, cet état de délire s'a-

paise, et que le malade revient à son état antérieur, c'est à dire à une démence très peu prononcée avec quelques symptômes paralytiques qui sont, soit l'embarras de la parole, soit un peu de tremblement, état qui simule la guérison et qui même en quelque cas, peut être une guérison complète.

Monsieur Baillarger a donc défendu la théorie de la dualité de la paralysie générale. D'autre part, Monsieur le

professeur Lasègue, pendant les dernières années de sa vie a défendu avec beaucoup d'énergie et de conviction également une thèse différente de celle qu'il avait soutenue autrefois : après avoir contribué à établir la paralysie générale comme unique, il s'est attaché dans les dernières années de sa vie, à chercher à démolir cette thèse et à transformer la paralysie générale en plusieurs formes, en plusieurs

espèces de maladie. Il admettait alors que la paralysie générale était un genre de maladie cérébrale dans lequel on pouvait admettre plusieurs espèces et plusieurs variétés. Il croyait (il a défendu cette opinion) que le progrès consisterait à faire de nouvelles études sur la paralysie générale, sur les malades atteints de paralysie générale. Il concluait à faire de nouveaux groupes, de nouveaux types, divisant en

plusieurs espèces ~~de~~ groupe trop général, trop vague, de la paralysie générale telle qu'elle est aujourd'hui décrite. Il a donné dans ses leçons des indications très intéressantes sur ces diverses variétés, ces diverses espèces. Seulement il n'a pas eu le temps de développer cette opinion et d'arriver à la ~~développer~~ démontrer d'une manière complète. Ses leçons ne contiennent que des indications vagues et générales, et, jusqu'à présent, cette opi-

nion n'a pas encore cours dans la science. D'autre part, il est certain qu'il existe des variétés de marche dans la paralysie générale, que ces variétés de marche sont incontestables au début, dans les premières périodes, et qu'elles peuvent même être suivies plus tard, dans la marche ultérieure de la maladie. Je pense donc que, s'il ne convient pas de détruire aujourd'hui l'unité de la forme, de l'espèce

morbide appelée paralysie générale, s'il convient de la conserver telle que nous l'ont léguée nos devanciers, il importe cependant d'établir des variétés dans l'espèce, des variétés non seulement dans le début mais dans la marche totale de la maladie, et c'est là, selon moi, que réside le progrès futur de la science. Nous avons déjà quelques indications sur lesquelles je vais insister tout à l'heure, mais le travail scientifique n'est pas

encore fait ; il est à l'étude.
Dans les périodes prodromiques nous avons des diversités très grandes que nous connaissons déjà très bien, mais, plus tard, ces périodes distinctes semblent se fusionner dans un état commun dans un état général qui est conforme à la description classique de la paralysie générale.

C'est avec ces idées que je vais chercher à décrire très rapidement, devant vous, la maladie appelée paralysie générale, et je serai obligé

d'être très bref, ne pouvant pas dans une seule leçon, entrer facilement dans tous les détails que comporterait sa description complète.

Pour décrire la paralysie générale, il faut d'abord remonter très loin souvent dans la vie des individus qui en sont atteints. Cette maladie est-elle héréditaire ou ne l'est-elle pas? Sous ce rapport, il y a dissidence parmi les auteurs. On a cru longtemps qu'elle était moins héréditaire que les autres vésanies. On a même ajouté que,

si elle était héréditaire, le malade avait plutôt, parmi ses ascendants, des malades atteints d'une affection cérébrale, c'est à dire des d'apoplexie, de ramollissement, de diverses variétés d'affections cérébrales proprement dites, plutôt que des aliénés proprements dits. Cela a été soutenu par Monsieur Baillarger et par Monsieur Lunier. En effet, on retrouve souvent dans les ascendants des paralytiques généraux, qui ont eu des affections cérébrales autres que

la folie, mais, d'autre part, nous sommes bien obligés d'admettre aujourd'hui, après des études nouvelles, qu'il y a un certain nombre de paralytiques généraux qui ont dans leurs ascendants des aliénés, et qu'ils sont plus nombreux qu'on le croyait précédemment.

Nous admettons donc aujourd'hui qu'il y a trois catégories de paralysie générale au point de vue de l'hérédité = Les paralysies générales sans hérédité, c'est à

dire qui se sont faites elles-mêmes, sous nos yeux ; les paralysies générales à hérédité cérébrale ordinaire et les paralysies générales à hérédité vésanique. C'est aujourd'hui l'opinion généralement admise. On a même été plus loin, on a cherché quelques caractères particuliers qui peuvent faire reconnaitre dans la marche de la paralysie générale, son origine héréditaire, vésanique et M. Doutrebente, et M. Lionet entre autres, ont fait des thèses

sur ce sujet pour démontrer que la paralysie générale survenant chez des individus ayant eu des aliénés dans leur famille, avait une marche différente des autres paralysies générales, qu'elle était plus lente dans son évolution, qu'elle durait plus longtemps et qu'elle présentait bien plus souvent des rémissions sur lesquelles M. Baillarger a surtout appelé l'attention.

Quoiqu'il en soit, les paralytiques généraux, tels qu'on les observe aujourd'hui ordinairement, n'ont pas

présenté pendant toute leur vie ces caractères spéciaux de prédisposition : c'est à un certain moment et surtout à un moment assez éloigné de la véritable invasion de la maladie, qu'on commence à observer chez eux des phénomènes étranges, qui se passent plutôt dans le domaine du caractère et des actes que dans le domaine de l'intelligence. Ces malades, ou plutôt ces futurs malades continuent à cette époque, à remplir tous les devoirs

de leurs profession, à vivre de la vie commune, souvent même ils ont une grande activité, une activité intelligente dont ils tirent un grand parti, car il est remarquable que souvent ces malades dans la première période, avant l'invasion de leur maladie ont souvent fait fortune sous l'influence du commencement de l'excitation cérébrale qui est la première période de la maladie. L'intelligence est donc plutot surexcitée que troublée à cette première

période, mais on commence à obser-
ver de grandes altérations dans
le caractère et dans les actes, et
c'est sur ce point que plusieurs
auteurs ont eu raison d'insister,
surtout au point de vue de la
médecine légale. Ces malades
ont de l'irritabilité de caractère,
ils sont généralement doux et
bienveillants, disposés à l'optimisme
plutôt qu'au pessimisme, mais
ils ont de très grandes variations
dans le caractère, ils présentent
des accès de colère, de violence,

des irrégularités très grandes dans leur manière de vivre, dans leur mode d'existence. Les actes se ressentent de cette modification dans le moral et des malades qui ne présentent aucun trouble intellectuel apparent, peuvent offrir souvent des altérations du caractère très importantes, des actes tout à fait déraisonnables qui peuvent attirer sur eux l'attention des tribunaux et même les faire condamner. On a vu souvent des paralytiques, à cette

période prodromique de la maladie, se faire arrêter, conduire devant les tribunaux, soit pour des actes obscènes, soit pour des actes insignifiants, bizarres, singuliers, comme des vols commis d'une manière tout à fait incidente en quelque sorte, sans but, ou bien des achats nombreux d'objets par douzaines, par vingtaines, d'objets inutiles. Ils les ont pris, ces objets, les ont accumulés dans leur appartement, et ils sont, pour

suivis comme voleurs, tandis qu'ils n'en font aucun usage. Il y a un ensemble d'actes qui sont caractéristiques de cette première période, de cette période prodromique de la paralysie générale. Monsieur Brière de Boismont a fait un travail interessant sur cette période prodromique, et Mr Legrand du Saulle a attiré également l'attention d'une manière spéciale sur cette période très interessante au point de vue médico-légal. Il y a quelques malades même

qui, à cette époque, ont des absences, des inattentions singulières et qui, dans leurs écritures quand ils sont comptables, commerçants, font des erreurs graves, et même arrivent jusqu'à faire des faux dans cette première période de la maladie. Cette période prodromique est très intéressante à étudier au point de vue médico-légal ; mais à cette époque, ces malades ne passent pas encore pour malades, personne ne s'aperçoit de leur état mental, personne ne songe à consulter le médecin et

il faut des circonstances accidentelles pour attirer sur eux l'attention des observateurs. C'est surtout dans les familles que l'on peut s'apercevoir de ces modifications de caractère, qu'on peut avoir des renseignements précis sur ces antécédents. C'est aux familles de ces malades qu'il faut surtout s'adresser. Très souvent il arrive que les femmes des aliénés paralytiques, au début, ont pu collectionner dans leurs observations, un certain nombre de faits très interessants à recueillir par les médecins et qui

constituent la première période de la maladie. Mais pour la plupart des personnes qui vivent avec eux ces malades ne paraissent nullement atteints dans leurs facultés cérébrales aucun symptôme physique ni aucun symptôme moral n'attire l'attention de la plupart des personnes qui vivent avec eux.

C'est donc là une période absolument prodromique qui ne peut pas être considérée comme la première période des maladies mentales.

Mais peu à peu, la maladie prend une autre forme et c'est

alors qu'il importe de décrire quatre variétés principales dans l'évolution de la paralysie générale. Deux de ces variétés sont surtout caractérisées par des symptômes physiques, deux autres de ces variétés le sont, au contraire, par des caractères de l'ordre psychique.

La première de ces variétés est celle que l'on a désignée sous le nom de paralysie générale progressive. Les malades qui en sont atteints commencent par

phénomènes physiques très caractérisés. Ils ont un léger embarras de la parole, une dilatation inégale des pupilles, quelques vertiges de temps en temps, un peu de céphalalgie, mais ils présentent du tremblement, un léger tremblement de la ~~parole~~ langue, des muscles de la face et même des paupières, un tremblement très léger des membres supérieurs surtout, quelquefois des membres inférieurs. Ces malades que l'on observe surtout dans la pratique civile, dans les hopitaux or.

dinaires, ont attiré l'attention des mé-
decins, en dehors des asiles. Cette
période peut être très longue. Les
malades continuent pendant quel-
que temps à remplir les devoirs de
leur profession, cependant s'ils ont
une profession qui exige une grande
délicatesse dans les mouvements des
mains, comme les horlogers, d'au-
tres professions qui exigent beau-
coup d'attention, même les pianis-
tes, ceux qui jouent du violon
etc, toutes les fois qu'il faut
se servir des mains avec délica-

tesse et précision, on commence à constater de grandes manifestations dans l'état de sensibilité et dans l'état de la motilité, surtout dans les membres supérieurs. Ces malades laissent tomber les objets, souvent ils trébuchent en marchant, et en observant bien, on constate des symptômes de paralysie incomplète généralisée, très peu prononcées mais cependant évidents.

C'est là la variété plus spécialement paralytique de la paralysie

générale. Cet état peut durer longtemps. Ces malades n'ont pas au début, un affaiblissement intellectuel très marqué. Cependant, en les observant bien on constate quelques lacunes dans leur mémoire, quelques absences et un affaiblissement progressif, très lent de l'intelligence.

Dans les hopitaux ordinaires on constate souvent des états pareils et ces malades à cette époque ont conscience de leur état, ils apprécient leur état de paralysie, ils s'en préoccupent, s'en tourmentent et ils vien_

nent souvent consulter le médecin, contrairement aux autres paralytiques qui n'ont aucune conscience de leur état de maladie. Il y a là une sorte de tristesse tenant à la conscience de l'état physique et à la conscience que les malades ont de leur état intellectuel.

Mais cependant cette conscience de leur état n'est pas une source véritable de mélancolie et s'allie très bien avec une sorte d'optimisme. Quoique convaincus de leur maladie, ils le sont aussi de leur guérison, et

n'ont pas de préoccupation grave pour l'avenir de leur état. Ils ont un commencement d'optimisme qui se développe plus tard, quand la maladie s'accentue et suit son cours.

A côté de cette variété de paralysie, il faut placer la variété congestive. Les malades se rapprochent beaucoup de ceux qui sont atteints d'affections cérébrales sans délire ou congestives. Ils ont de petites attaques cérébrales, des vertiges, des attaques très passagères, de quelques minutes, qui n'entraînent pas la chute, qui

se concilient avec la continuation de la vie ordinaire, et qui cependant, ont ce caractère ~~[illegible]~~ particulier d'être suivis d'un grand abaissement intellectuel.

C'est là un caractère distinctif important. Ces malades n'ont, au point de vue congestif, que des attaques extrêmement légères, et cependant après plusieurs de ces attaques, qui se reproduisent à divers intervalles, l'intelligence baisse de niveau d'une façon

très notable, beaucoup plus que dans la congestion cérébrale ordinaire. A chaque nouvelle congestion il y a un abaissement intellectuel notable. Le malade peut se relever momentanément, reprendre un peu de l'activité de son intelligence, mais survient une nouvelle congestion suivie d'un nouvel abaissement de l'intelligence. Il en résulte qu'après six mois ou un an ces malades sont extrêmement abaissés et

sont de véritables déments, contrairement à ce qui peut avoir lieu dans d'autres cas de congestion cérébrale simple

Telles sont les deux variétés plus spécialement physiques des débuts de la paralysie générale. A la variété congestive, il convient d'annexer une sous-variété qu'on peut appeler: variété épileptique.

Il y a des malades qui, au lieu de présenter de simples congestions cérébrales, présentent

dès le début de véritables attaques épileptiques ou épileptiformes, des attaques avec chutes, convulsions, écume à la bouche, à un tel point que ces malades passent souvent, à cette époque, pour de véritables épileptiques. Cet état peut durer plusieurs années et peut faire illusion sur le dia_gnostic de la maladie. Il est arrivé souvent que, des mala_des qui, plus tard, deviennent paralytiques généraux très carac_

térisés, ont commencé par être épileptiques, mais épileptiques dans les conditions que je viens d'indiquer, c'est à dire n'ayant jamais éprouvé d'épilepsie dans leur jeune âge et n'ayant l'épilepsie que d'une manière tout à fait accidentelle et comme période prodromique de la paralysie générale. Cette épilepsie peut même se présenter à cette époque sous la forme larvée, c'est à dire sous

forme d'accès caractérisés par des absences, un besoin de marcher devant soi, sans but, un besoin de vagabonder, de se perdre, de faire des fugues, de disparaître, et de ne conserver aucun souvenir des faits qui se sont passés pendant ces accès.

Un exemple très remarquable de cette variété de début est celui du comte Chorinski, dont on a tant parlé il y a une dizaine d'années, et qui a été

l'objet de contestations nombreuses en Allemagne. La plupart des médecins aliénistes allemands ne voulaient pas admettre qu'il fut atteint d'une maladie mentale d'une paralysie générale. Le Docteur Morel qui a été appelé à cette époque en Bavière, pour le procès où le comte Chorinski était accusé d'homicide, est arrivé à reconstituer les antécédents du malade, il a établi très clairement qu'il était atteint d'un

commencement de paralysie générale, ayant débuté sous la forme d'épilepsie larvée. Les médecins allemands n'ont pas voulu admettre cette opinion, mais plus tard les événements lui ont donné raison et au bout d'une année, ce comte qui avait été condamné par les tribunaux fut conduit dans un asile d'aliénés et il est mort avec les symptômes cliniques et anatomiques de la paralysie générale.

Le docteur Hagen, le médecin de l'asile de Munich, a fait sur ce malade une brochure de 2 à 300 pages extrêmement intéressante où il relate tous les faits, toute l'observation du malade.

Il importe de faire une autre sous-variété pour la variété paralytique dont je parlais tout à l'heure, variété qui n'était pas très connue autrefois, mais qui l'est beaucoup aujourd'hui, surtout depuis les travaux de

Westphal, de M. Magnan et de plusieurs auteurs célèbres, M. Charcot, qui ont établi très clairement que la paralysie générale pouvait, au lieu de débuter comme je viens de l'indiquer tout à l'heure, débuter comme une maladie de la moëlle, débuter par une paralysie incomplète, débuter par les jambes, par l'incontinence des urines, et être une maladie accidentelle dans cette première période, au lieu d'être simplement progressive, d'une manière générale. Cette variété

médullaire de la paralysie générale a été très bien étudiée et méritait de l'être davantage. Il y a un certain nombre de malades qui, pendant 2 ou 3 ans, présentent des phénomènes de paraplégie, qui font une illusion complète, qui font croire à une maladie médullaire, avec incontinences d'urines, avec démarche titubante, avec beaucoup des caractères habituels d'une maladie médullaire, et cependant au bout de 2 ou 3 ans, la maladie

se transforme en maladie cérébrale avec les caractères de la paralysie générale. Il y a, au point de vue anatomique, un double travail très bien étudié par Wesphal et par M. Magnan, un travail qui tantôt est ascendant, de bas en haut, et tantôt, au contraire, descendant, venant du cerveau vers la moëlle; il y a une propagation tantôt de bas en haut, tantôt de haut en bas.

Quoiqu'il en soit, après une longue période médullaire, surviennent des phénomènes cérébraux très caracté-

risés, de l'embarras de la parole, de la dilatation des pupilles, du tremblement des lèvres ; à cette époque le délire survient, et le plus souvent avec les caractères ordinaires de la paralysie générale, c'est à dire avec démence et délire de grandeur

Ce qui est très remarquable, c'est que, chez ces malades, malgré la lésion incontestable de la moelle, lorsque les phénomènes cérébraux paraissent dans toute leur intensité, les phénomènes

médullaires semblent disparaître. Ils ne disparaissent pas complètement lorsqu'on étudie attentivement les malades ; mais les malades se remettent à marcher, à circuler, et, au milieu de l'agitation maniaque, ils sont aussi actifs et ils se meuvent aussi facilement que les autres paralytiques généraux.

C'est donc une variété très intéressante du début de la paralysie générale, qui n'était pas connue du temps d'Esquirol

et qui a été signalée et étudiée avec beaucoup de soin, surtout dans ces dernières années.

Après ces variétés plus spécialement physiques, je passe aux deux autres variétés qui sont caractérisées par des symptômes de l'ordre mental : Nous avons d'abord la variété mélancolique qui a été surtout étudiée par Baillarger. Il faut étudier dans le travail de M. Baillarger deux parties : celle qui

est relative à la période prodromique et celle qui est relative au stade mélancolique des autres périodes de la maladie. Très souvent la paralysie générale débute par un stade mélancolique, les malades deviennent affaissés, inertes, tombent dans la prostration. Au lieu d'avoir l'activité qu'ils avaient présentée précédemment, ils ont besoin de rester chez eux, au lit, immobiles, dans l'inertie physique et morale. Ils ont un senti-

ment de faiblesse prononcé, un sentiment de dégout de la vie, en un mot des symptômes mélancoliques très caractérisés. Quelquefois même, à cette période, il y a des idées délirantes déterminées, mais, le plus souvent, c'est un état de dépression générale, sans conceptions délirantes. Lorsqu'on recherche bien les antécédents des paralytiques, même chez ceux qui présentent la forme expansive, on découvre

presque toujours un stade mélan-
colique antérieur. La mélancolie
ou le stade mélancolique paraît
être un fait très fréquent dans
les débuts de la paralysie géné-
rale. On en trouve quelques exem-
ples cités dans les auteurs Bayle
et Calmeil, mais c'est surtout
dans ces dernières années qu'on
a observé cette période mélancoli-
que prodromique. On y a ajouté
une observation importante à si-
gnaler : c'est que quelquefois cet

état mélancolique se transforme rapidement en état contraire, en état maniaque, sous la forme mélancolique. C'est à cette variété qu'on a donné le nom de variété circulaire de la paralysie générale. Il y a, en effet, un certain nombre de cas dans lesquels, avant de se développer avec ses caractères habituels, la paralysie générale au contraire, présente une alternative de mélancolie et d'excitation

plusieurs fois répétées, ce qui peut donner lieu à des erreurs de diagnostic et faire confondre la paralysie générale avec la folie circulaire ou à double forme. Ordinairement ce stade mélancolique n'est pas de longue durée; il disparaît et le malade semble revenu à l'état normal; mais au bout de quelques mois, parfois plus rapidement, commence la phase d'excitation avec les caractères que nous décri-

rous tout à l'heure, c'est à dire
avec le délire de grandeur et
l'excitation caractérisée.
A côté de cette variété mélancolique, il faut placer la variété
la plus commune, c'est à dire
la variété expansive. C'est
celle que tous les auteurs ont
décrite et que l'on considérait
autrefois comme la seule variété de début de la paralysie
générale. Après un stade
mélancolique ordinairement assez

court, le malade arrive à l'exci-
tation. Cette excitation se ma-
nifeste dans le caractère, dans
les actes, dans l'intelligence. Le
malade a besoin de mouvement
continuel, il change son mode
de vie, il prend un genre d'exis-
tence très irrégulier, il se livre
à des excès de boisson, à
des excès de femme, il mène
une vie irrégulière, vagabonde,
tout à fait différente de sa vie
antérieure. A cette époque l'in-

telligence est très surexcitée, elle n'est pas encore absolument troublée. Le malade continue les devoirs de sa profession, même avec une activité incessante. Il ne dort plus, il fait des voyages, il se livre à des exercices incessants, il est en mouvement perpétuel et jamais il n'éprouve de fatigue; à cette même période, au lieu d'éprouver des symptômes de paralysie d'impuissance, il a l'exci-

tation génésique très considérable et en rapport avec l'excitation de toutes les fonctions. C'est le début de la forme expansive. Ces malades ont également des altérations de caractère et des troubles dans les actes, considérables. Ils se livrent aux actes les plus désordonnés, ils font des achats nombreux, des spéculations hasardeuses, ils volent, souvent font des faux, ils se livrent à des excès de tous genres

ils ont une mobilité incessante d'idées et d'action. A cette époque ils sont encore en liberté et il faut une circonstance accidentelle pour les faire enfermer. La plupart des personnes qui les entourent ne les jugent pas encore malades; elles s'aperçoivent bien de la transformation du caractère, mais elles ne considèrent pas cela comme une maladie véritable, et personne ne songe à les enfermer comme malades.

Mais souvent arrive un fait ex-térieur qui les fait interner plus tôt. Par exemple, à Paris, il arrive que ces malades vont dans les cafés, ne paient pas leurs consommations, se font promener en voiture, ne paient pas le cocher. C'est dans ces condi-tions que, la plupart du temps, ces malades sont conduits à la préfecture de police et jugés aliénés, dès lors envoyés dans les asiles. Aussitôt arrivés dans les asiles, ces malades marchent très rapide-

ment vers le délire le plus complet. Il est très remarquable qu'aussitôt que l'excitation est arrivée à un certain niveau, elle monte avec rapidité jusqu'au niveau le plus extrême. Les malades montent en grade, en quelque sorte, et ce mot s'applique réellement à certains faits d'une manière absolument rigoureuse. Ils montent rapidement les échelons de l'excitation, de la grandeur. Ils commencent par avoir des projets

nombreux, variés, mais qui sont encore réalisables. Ils veulent faire des mariages, ils veulent se marier, ils veulent faire de grandes spéculations, entreprendre de grands travaux, faire des inventions nouvelles ; ils se lancent dans la sphère des idées gigantesques, des idées délirantes, mais qui sont encore possibles, qui sont encore réalisables, ils ne sont pas encore arrivés à l'absurde. Mais, peu à peu, et très rapidement souvent, ils franchissent cette li-

mite et ils arrivent à avoir des conceptions délirantes. C'est ordinairement dans les premiers temps de leur entrée dans les asiles d'aliénés que se fait cette transformation. Ils commencent par se dire grands chanteurs, grands musiciens, capables des plus grandes actions en tous genres. Ils se vantent, ils ont un optimisme exagéré, une satisfaction qui déborde, un sentiment de bien être incessant. Ils font_

des projets variés, contradictoires, mais des projets encore réalisables. Peu à peu ils arrivent à des projets de plus en plus impossibles. Ils arrivent, par exemple, à vouloir ressusciter les morts, reconstruire Paris, réformer l'humanité, et ils se transforment en princes, en rois, en Dieu. Ils ont d'abord des centaines de mille francs, puis bientôt ils arrivent à avoir des millions et des milliards. Cette progression se fait dans tous

les sens, dans toutes les directions de la grandeur, au point de vue des richesses, au point de vue des titres, au point de vue de toutes les directions de l'ambition et de la grandeur.

Il est extrêmement curieux d'assister jour par jour à l'évolution rapide de ce délire qui passe de la simple excitation cérébrale à un délire des plus caractérisés, des plus intenses. Cette période de la maladie

a été étudiée avec beaucoup de soin et mérite de l'être. Ce délire à des caractères tout à fait spéciaux qui le distinguent absolument des autres délires des autres aliénés. Ces caractères peuvent se résumer en quatre mots : ce délire est mobile, il est multiple, il est absurde et il est contradictoire.

Le délire est mobile c'est à dire que les malades ont un grand nombre de conceptions délirantes qui se succèdent dans un espace de

temps très court, ils passent d'une idée à une autre avec une facilité extrême. Les idées pullulent dans leur esprit, ils en ont des quantités, une cinquantaine & par heure, des idées différentes qui se succèdent, qui se remplacent, sans que les malades s'y attachent. Le délire est donc mobile.

Il est multiple, c'est à dire que les délires sont extrêmement nombreux. On peut en y assis-

tant, en causant avec ces malades dans la période d'excitation, noter dans l'espace d'une heure, cinquante conceptions différentes, cinquante conceptions délirantes dans des directions différentes.

Le délire est absurde, c'est à dire qu'il devient impossible. Les malades croient avoir une fortune colossales, des millions, des milliards, être princes, rois, empereurs et même Dieu; ils croient être

Dieux maîtres de l'univers, ressus-citer les morts, ils ont des concep-tions délirantes tout à fait absur-des, quelquefois même ils arrivent à avoir des idées plus absurdes encore.

Le dernier caractère, le plus impor-tant de tous, c'est que ce délire man-que de coordination. Il est contradic-toire. Les malades émettent en même temps, non seulement des con-ceptions très nombreuses, mais en-core qui se contredisent : d'un côté ils disent qu'ils sont ouvriers,

qu'ils sont tailleurs ; les femmes disent qu'elles sont couturières, elles racontent leur vie réelle, d'une manière exacte, et, en même temps, ils affirment qu'ils sont princes, princesses, rois, empereurs, millionnaires, alors que d'autre part ils racontent qu'ils gagnent 8, 10 francs par jour. Leur vie réelle est racontée par eux parallèlement avec leur vie imaginaire, ~~surtout~~ sans que ces malades sentent la contradiction, et

sans qu'ils éprouvent le besoin de concilier entre elles ces idées absolument contradictoires. Ainsi le même homme est pape, roi, empereur. Il est roi d'Espagne en même temps qu'empereur d'Allemagne. Il a des délires différents, contradictoires et il ne sent pas cette contradiction. C'est là le caractère essentiel important qui le distingue de tous les autres délires des aliénés atteints de délire partiel.

Dans le délire de grandeur, dans le délire partiel auquel on a donné le nom de mégalomanie, c'est le contraire qui a lieu. Ces malades se croient princes, rois, empereurs, mais ils cherchent à justifier leur délire ; ils ont inventé un roman, une histoire, ils expliquent comment ils ont été changés en nourrice, qu'on s'est trompé sur leur acte de naissance, qu'on a substitué un enfant à un autre, qu'ils ont des preuves

de leur origine véritable, qu'ils descendent d'un grand seigneur au lieu d'être nés dans les basses classes de la société. Ils ont un roman qu'ils racontent à tout venant, dans les mêmes termes, avec les mêmes explications, répondant aux objections, en un mot cherchant à concilier leurs idées et à éviter la contradiction. C'est précisément le contraire des paralytiques généraux, dont le délire est incoordonné et contradictoire.

J'ai beaucoup insisté sur ces différents caractères qui servent au diagnostic, et ces caractères s'appliquent non seulement au délire de grandeur, mais même aux conceptions mélancoliques dont M. Baillarger a parlé, sur lesquelles il a attiré l'attention. Les malades qui croient n'avoir pas de tête, d'estomac, avoir des membres de plomb, de fer, qui ont des idées relatives à la transformation de leur personnalité, ont également des idées contradictoires. Ainsi, ils disent qu'ils sont morts, et ils parlent, ils marchent. Ils disent

qu'ils ne peuvent pas manger et ils avalent. souvent ils refusent des aliments, mais il en est d'autres qui, au contraire, ne sentent pas la contradiction entre leurs paroles et leurs actes. Le délire mélancolique lui-même participe donc aux caractères généraux du délire des paralytiques. Il est incoordonné, contradictoire et absurde.

Ordinairement après avoir passé par cette période de délire de grandeur, que l'on appelait autrefois monomaniaque, et qui est bien loin de l'être,

puisqu'il est multiple et mobile, ces malades arrivent peu à peu en général à l'état maniaque et à l'excitation. C'est le fait qui est le plus fréquent; ils dépassent les limites du délire partiel pour arriver à cet état. Ils ont toutes les manifestations les plus violentes, ils cassent, brisent, déchirent; ils sont incoërcibles; la plupart du temps ils restent nus, on est obligé de les maintenir avec la camisole ou bien on les laisse en liberté

dans une salle matelassée ou non comme on le fait en Angleterre ; ils arrivent à l'état de nudité, après avoir déchiré leurs vêtements. Cet état maniaque peut durer 5 ou 6 mois et même davantage. Rien n'est incoërcible comme l'état maniaque des paralytiques généraux à cette période. C'est alors que surviennent quelquefois des rémissions dont je parlais tout à l'heure ; c'est surtout dans la variété maniaque de la paralysie générale qu'on voit survenir des rémissions simulant la

guérison. M. Baillarger a, avec raison, insisté sur ce fait, que ce sont surtout les maniaques qui sont susceptibles de ~~guérison~~ rémission. Nous observons très souvent, soit dans les asiles, soit dans les hôpitaux ordinaires, des paralytiques généraux qui ont passé par les diverses phases que je viens d'indiquer et qui, après 5 ou 6 mois ~~au~~ ou plus, d'état maniaque, arrivent à une transformation étonnante ; peu à peu et souvent très rapidement, ils abandonnent leurs idées déli-

rantes, leur état maniaque se calme, ils arrivent à un état de tranquillité de plus en plus grand, et ils commencent à reconnaître l'absurdité des délires qu'ils ont énoncés pendant si longtemps. Ils reviennent à un état très satisfaisant, quelquefois même tellement satisfaisant qu'après plusieurs mois d'attente, qu'après on se décide à les remettre en liberté, non pas comme guéris mais comme tellement améliorés qu'il n'est plus possible

de les tenir enfermés dans un asile d'aliénés

M. Baillarger a insisté avec raison sur des phénomènes physiques qui se produisent souvent dans ce passage de l'état maniaque à l'état de rémission. C'est souvent à la suite d'une maladie physique grave que cette transformation s'opère. Il survient souvent des furoncles, des anthrax, qui entraînent une suppuration prolongée. D'autres malades, au contraire, sont vie_

times d'accidents qui ont lieu pendant leur excitation maniaque ; ils arrivent à une suppuration locale, à des abcès qui suppurent pendant longtemps et, à la suite de ces grandes suppurations, survient souvent une rémission extrêmement prononcée qui simule la guérison

Dans d'autres cas, cette rémission se produit sous une autre forme, par un autre procédé. L'état maniaque se transforme en délire aigu

C'est un fait sur lequel on n'a peut être pas assez insisté. L'état maniaque dépasse toutes les limites possibles de l'excitation et arrive à ce que nous appelons le délire aigu, dans les asiles d'aliénés, c'est à dire une excitation incessante de jour et de nuit, pendant laquelle le malade crachotte, parle sans cesse, répète les mêmes mots; à les lèvres fuligineuses, la langue sèche; on observe une augmentation de température au

thermomètre, un amaigrissement considérable, le refus des aliments avec un état cachectique tellement prononcé que la mort paraît imminente. Il y a des malades qui refusent les aliments auxquels on ne peut pas appliquer la sonde œsophagienne tant leurs transports sont excessifs et qui, dans cet état de délire aigu arrivent à une cachexie telle que la mort paraît imminente

Après une excitation plus ou moins

longue, le malade se calme peu à peu, la nutrition se rétablit, l'alimentation se fait, le malade reprend peu à peu des forces et alors il arrive à une guérison momentanée.

C'est ainsi que souvent se produit la rémission, à la suite de l'état maniaque chez les paralytiques généraux. Cependant, il est juste de dire que, dans d'autres cas, très fréquents, au lieu de la rémission on voit la maladie s'aggra-

ver et passer à la démence progressive

Le temps me manque pour développer davantage l'histoire de la paralysie générale. Il aurait fallu plusieurs leçons pour la développer et insister sur le sujet comme il le mérite. Cependant je dois vous dire qu'il y a d'autres périodes qui succèdent à celles que je viens d'indiquer; que le malade s'affaiblit de plus en plus au physique et au moral, qu'il

marche progressivement vers la paralysie de plus en plus complète et vers la démence de plus en plus prononcée ; qu'il y a de très grandes alternatives dans cette marche, qu'elle est irrégulière, qu'elle se fait par soubresauts. Elle n'est pas régulièrement progressive, comme on l'a dit, mais elle est, au contraire, une marche accidentée très variée, elle est interrompue souvent par des attaques congestives et convulsives qui mettent la vie

du malade en danger, qui sont très intenses et la maladie progresse ainsi lentement et souvent pendant très longtemps. Le malade arrive à une démence très chronique et à une paralysie de plus en plus complète. Un certain nombre de ces malades sont tellement paralysés qu'ils ne peuvent plus marcher. On est obligé de les asseoir sur un fauteuil ; ils ont l'incontinence des urines et des matières fécales. C'est la dernière période de la

paralysie générale. Cependant il est juste d'ajouter que beaucoup de ces malades atteints de paralysie générale n'arrivent pas à ce point; ils continuent à marcher jusqu'à la fin. Beaucoup de paralytiques généraux, atteints d'attaques convulsives et congestives fréquentes, se relèvent de ces attaques et continuent à marcher, à circuler sans être atteints dans les membres inférieurs, sans être paralysés des membres inférieurs. Cette

période n'est donc pas nécessaire-ment liée avec la période anté-rieure. Il y a donc à faire atten-tion à ces paralytiques nombreux qui marchent jusqu'au dernier jour. Ils sont souvent atteints d'attaques congestives qui les emportent, mais la veille et l'avant-veille, ils marchaient en-core.

La mort du paralytique général arrive, soit par suite de l'évolu-tion de la maladie, soit par

l'état cachectique ou de marasme, soit par des complications accidentelles qui emportent souvent le malade en peu d'années.

Je n'ai pas pu insister dans une seule leçon sur tous les détails de la maladie. Mon but était surtout d'attirer votre attention sur l'existence des variétés nombreuses dans la marche de cette maladie, non seulement dans ses débuts mais aussi dans

son cours. Je crois que c'est là que réside le progrès de l'étude de la paralysie générale. Au lieu de se borner à faire un tableau d'ensemble, comme j'ai cherché à le faire très rapidement, il faut étudier plus pratiquement, plus cliniquement les malades et voir qu'ils diffèrent beaucoup entre eux, qu'ils n'ont pas la même marche, que tout en ayant les mêmes symptômes généraux physiques et moraux qui caractérisent la

nité morbide, ils ont cependant de telles diversités dans les détails de ces symptômes et dans la marche surtout, qu'il conviendra plus tard d'admettre des variétés cliniques de la paralysie générale, aussi bien pendant son cours que dans ses débuts. Les variétés du début, j'ai cherché à vous les décrire rapidement, les variétés des périodes ultérieures sont encore peu connues. C'est sur ces faits que le professeur Lasègue a surtout attiré l'attention, et, en exagérant

peut être la doctrine il voulait introduire des distinctions absolument radicales entre ces diverses espèces de variétés. Mais tout en conservant l'unité de la forme, l'unité de la maladie, il est très utile, pour l'observation vraie, de décrire des variétés, des variétés de marche depuis le début jusqu'à la terminaison et nous avons sous les yeux, dans les asiles d'aliénés, des paralytiques généraux qui diffèrent complètement les uns des autres, il y a surtout la distinction

importante qui a déjà été faite souvent entre la paralysie générale chez l'homme et la paralysie générale chez la femme.

A la Salpêtrière nous voyons des malades très différentes de celles que l'on voit à Bicêtre ; à la Salpêtrière la forme de la paralysie générale est plus souvent démente, simple, sans grande excitation. Les femmes sont beaucoup moins excitées que les hommes, elles tombent dans la démence mais avec simple sa-

tisfaction générale. Ces malades se croient très heureuses, elles sont enchantées de vivre, elles ont un sentiment de bien être, elles croient avoir de belles robes, de beaux bijoux, se marier bientôt; mais là se borne le délire, en général; elles n'ont pas ces conceptions si nombreuses, si gigantesques que présentent souvent les paralytiques hommes.
Il y a donc des variétés dans la marche de la paralysie générale pendant tout son cours.

C'est une maladie qui n'est pas absolument uniforme ; on peut admettre des caractères généraux, on peut admettre ses caractères d'ensemble, mais il faut admettre des variétés spéciales et c'est là que réside le progrès de la science. Je suis persuadé que nous en sommes à l'époque de l'enfance sous ce rapport, que l'étude de la paralysie générale, quoique très intéressante, contenant beaucoup de détails très exacts, est

encore très incomplète et que l'histoire de cette maladie est à refaire; qu'il faut faire pour les malades appelés paralytiques généraux, ce que l'on a fait avec tant de succès depuis Olivier d'Angers pour les maladies de la moëlle. Les travaux si interessants, si vrais, si précis qui ont été faits par M. Charcot, Vulpian et tous leurs élèves sur les scléroses médullaires, doivent nous servir de modèle et d'exemple pour

faire le même travail dans les maladies cérébrales ; il faut faire pour les scléroses cérébrales ce qu'on a fait pour les scléroses médullaires. C'est là la direction dans laquelle il faut entrer, et c'est la direction du véritable progrès de la science. On arrivera certainement par des études faites dans cette voie, à mettre les symptômes anatomiques en rapport avec les symptômes cliniques observés pendant la vie, et alors seulement on pourra avoir

une constitution d'espèces morbides vraiment naturelle et sérieuse, basée à la fois sur l'anatomie et sur la marche clinique des maladies ; il faut, en un mot, chercher à faire pour les scléroses cérébrales, ce qu'on a fait si heureusement et d'une manière si complètes pour les scléroses médullaires.

3me Leçon

23 Novembre 1884.

Messieurs,

Nous allons continuer aujourd'hui la description de ce que j'appelle les formes nouvelles de maladies mentales.

Par ce mot : "Formes nouvelles" je

n'ai pas eu l'intention de dire qu'on a découvert des formes nouvelles ; Ce sont des classements nouveaux de faits connus, des observations. Les faits restent les mêmes ; seuls, leur distribution, leur classement, les dispositions générales et tous les autres faits analogues ont changé. Voilà tout. Ce n'est pas une découverte, des faits nouveaux, comme on a pu le croire par ce mot : Formes nouvelles.

Dans la dernière leçon je vous ai parlé des variétés de la marche

de la paralysie générale ; aujourd'hui je vais vous entretenir d'une forme nouvelle, c'est à dire de la folie circulaire ou folie à double forme.

Les anciens, les auteurs anciens, avaient déjà ~~transformé~~ mentionné le fait de la transformation possible de la ~~manie~~ en mélancolie. Dans les auteurs anciens tels que Galien, Arétée, Cœlius Aurélius, Celse, on trouve quelques phrases qui se rapportent à cette mutation, à cette métamorphose de forme.

Arétée, par exemple, dit que la mélancolie n'est souvent qu'un début de la manie. Dans Cœlius Aurélius, dans Celse, on trouve également quelques phrases indiquant cette mutation possible de formes entre la manie et la mélancolie.

Parmi les auteurs du moyen-âge jusqu'au XVIIIe siècle, on a cité également quelques phrases qui peuvent se rapporter à cet état. Dans Paul Zachias, par exemple, un

auteur qui a fait un traité remarquable de médecine légale vers le XIVe siècle, médecin d'un pape, à Rome, un traité de médecine légale qui est très connu et qui a été très souvent cité ; il y a un mot dans l'édition latine : <u>Morbus per circuitus rediit</u>. Le mot de cercle est donc indiqué dans Paul Zachias. Il se retrouve également dans quelques auteurs du XVIIIe siècle, et, entre autres dans Velvis. Monsieur le

docteur ~~Ritty~~ Ritti qui a fait un traité de la folie à double forme, couronné par l'académie de médecine ; a fait un historique assez complet et a recueilli tous ces passages isolés des auteurs jusqu'au XVIIIe siècle.

Dans Pinel et dans Esquirol on trouve également quelques observations qui se rapportent évidemment à cette forme de maladie mentale. Monsieur Ritty les a cités dans son historique. Pinel décrit plusieurs

malades qui certainement appartiennent à cette forme spéciale que nous connaissons aujourd'hui, des malades chez lesquels la manie et la mélancolie alternaient et se remplaçaient plusieurs fois dans le cours de leur vie. Il y a dans Esquirol plusieurs observations extrêmement intéressantes qui ont été rapportées par Monsieur Baillarger et dans les différents traités qui ont été publiés de-

puis cette époque, mais, quoiqu'il en soit, jusqu'en 1850 environ, cette forme nouvelle de maladie mentale n'était pas connue. Mon père a eu l'occasion d'en observer fréquemment plusieurs exemples très remarquables, soit dans sa maison de santé de Vanves, soit ici, dans son service, à la Salpêtrière, et très fréquemment aussi, dans ses cours cliniques, il appelait l'attention

des élèves sur cette métamorphose de forme, cette succession, cette alternance de la manie et de la mélancolie. En 1851, dans ses cours publiés par la Gazette des hopitaux, il y a un passage parfaitement caractéristique, dans lequel mon père affirme l'existence d'une forme nouvelle de maladie mentale qu'il a appelée folie circulaire, et il indique même quelques uns de ses caractères; il indique que, dans

cette forme, la manie et la mélan-
colie se succèdent, mais avec
une variété particulière, c'est
à dire que c'est l'excitation
maniaque qui succède à la
dépression mélancolique plutôt
que la manie proprement dite
à la mélancolie également très
caractérisée ; il ajoute que cette
forme nouvelle est presque tou-
jours incurable, qu'elle dure
pendant toute la vie des in-
dividus. Dans cette publication

de 1851. mon père avait donc très clairement indiqué cette forme de maladie mentale et avait marqué la priorité qu'il a réclamée plus tard.

Quoiqu'il en soit, ce n'est qu'en 1854 que Monsieur Baillarger a publié un mémoire important qu'il a lu à l'académie de médecine sur la folie à double forme. Dans ce mémoire Monsieur Baillarger apportait plusieurs observations très interessantes

et des considérations générales sur cette forme nouvelle de maladie mentale.

Mon père qui, à cette époque, assistait à cette lecture, a demandé la parole pour exposer lui-même les idées qu'il avait sur cet état dont il avait très souvent parlé dans ses cours cliniques à la Salpêtrière. Quinze jours après la lecture du mémoire de Monsieur Baillarger, mon père a lu un autre mémoire

sur la folie circulaire, qui est inséré dans les mémoires de l'académie de médecine où il décrit ~~de~~ cette forme avec tous les détails nécessaires pour la bien connaître et la bien diagnostiquer.

C'est donc Monsieur Baillarger et mon père, mon père d'abord et Monsieur Baillarger ensuite, à peu près à la même époque, qui ont décrit avec soin et d'une manière très précise, cette forme nouvelle de maladie mentale.

Depuis lors, Monsieur Baillarger

et mon père sont revenus sur ce sujet, ont publié différents mémoires et d'autres auteurs, soit en France soit en Allemagne surtout, ont complété cette description par des faits nombreux qui ont été publiés

Tous ces faits ont été collectionnés et réunis dans un volume dans une monographie couronnée par l'académie de médecine il y a quelques années par Monsieur le docteur Ritti, médecin de Charenton, et dans laquelle on peut trouver

tous les documents aujourd'hui connus sur cette forme de maladie mentale, soit des observations très nombreuses collectionnés dans les différents auteurs ou recueillés par l'auteur lui-même, soit la description dans toutes ses phases, dans toutes ses parties, l'histoire complète en un mot, de la maladie.

Après cet historique rapide j'aborde la description clinique de cette maladie spéciale

La folie circulaire ou folie à double forme est essentiellement caractérisée par l'alternance régulière des deux états principaux des maladies mentales, c'est à dire l'état mélancolique et l'état maniaque, ou, en d'autres termes, l'état d'agitation et l'état de dépression.

C'est la succession de ces deux états qui constitue essentiellement la folie circulaire,

Cette folie a reçu des

nous différents, mon père l'a appelée circulaire parce qu'il a voulu désigner par ce mot le roulement continuel de la maladie qui s'opère successivement, d'une manière régulière, pendant toute la vie de ces aliénés. Le mot _circulaire_ indique très clairement cette succession non interrompue d'états maladifs, toujours les mêmes.

Mon père admettait, comme je viens de le dire, qu'indé-

rendamment de ces deux états, il y avait un troisième ; il y avait un intervalle lucide, que, par conséquent, cette maladie était constituée par trois états différents : deux états pathologiques et un état passager de retour à la raison ; il décrivait donc l'excitation maniaque, la dépression mélancolique et un intervalle lucide plus ou moins prolongé.

Monsieur Baillarger, au

contraire, a donné à cette maladie le nom de folie à double forme, parcequ'il n'admet pas l'existence d'un intervalle lucide; il admet que cette maladie est constituée par les deux états successifs de la mélancolie et de la maine suivis d'une période de guérison plus ou moins prolongée qui peut être de plusieurs années.

C'est en cela que l'opinion de Monsieur Baillarger dif-

fère de celle de mon père.
Mon père a décrit des faits dans lesquels il y a continuité non interrompue de la maladie pendant toute l'existence des aliénés. Monsieur Baillarger admet, au contraire, qu'il y a quatre ou cinq variétés différentes de folie à double forme, selon que la continuité existe (le cercle) ou, au contraire, selon qu'il y a des intermittences plus

ou moins prolongées. Il y a des malades qui ont plusieurs accès doubles, successivement, d'autres qui n'en ont que quelques uns, à divers intervalles assez éloignés, pendant tout le cours de leur existence.

Nous reviendrons tout à l'heure sur ces détails à propos de la marche de la maladie.

Il faut donc commencer par décrire deux états:

L'état mélancolique,

L'état maniaque.

Ce sont deux états qui constituent le fond de la <u>folie à double forme</u>, <u>folie circulaire</u>, folie qu'on a aussi appelée : folie <u>à formes alternes</u> ou folie <u>à double phase</u>.

M. ~~Guyot~~ Billod, au lieu d'employer le mot = à double forme, emploie le mot : à double ~~face~~ phase.

Ce sont des dénominations diverses pour désigner, en somme, le même état mental.

Nous allons donc commencer par décrire les deux états principaux qui constituent

la folie à double forme.
Nous commencerons par l'état mélancolique.
L'état mélancolique est constitué essentiellement par la dépression physique et morale.
La plupart de ces malades, au lieu de présenter des mélancolies très caractérisées avec des idées délirantes ou conceptions délirantes très prononcées, très intenses, ou même avec stupeur, ne présentent qu'un fond général

de mélancolie. Ce sont là les les plus fréquents. Ces malades, peu à peu, quelquefois très rapidement, tombent dans un état d'inertie, ils restent immobiles, ils sont déprimés. Ce mot est celui qui caractérise le mieux cet état; ils se sentent complètement changés, ils ont un dégout général de l'existence pour leur propre compte et pour tout ce qui les entoure.

ils se désespèrent, ils se désolent, ils sont malheureux, ils ont un sentiment de malaise en un mot, c'est là le fond principal de la maladie mentale.

Toutes les facultés se ressentent de cet état de dépression : les facultés intellectuelles sont ralenties, les malades ont cessé de penser, le mouvement des idées est extrêmement lent, quelquefois presque nul. Ils n'ont que quelques idées très rares

relatives aux objets extérieurs qui les entourent, le mouvement de la pensée est extrêmement ralenti, le malade lui-même en a conscience, il s'en afflige, il s'en désole, il peut pas arriver à stimuler son intelligence qui est profondément affaissée, dont le mouvement est ralenti, dont la puissance est affaiblie; les idées sont absurdes, l'intelligence du malade a subi une dépres-

sion des plus considérables.
Il en est de même de toutes
les parties affectives de notre être,
de son état moral. Le malade
a perdu ses sentiments affec-
tueux, il n'a plus aucun sen-
timent pour sa famille et
pour son entourage, tout lui
est indifférent. Il s'en afflige,
il dit lui-même que s'il per-
dait les personnes les plus chè-
res de sa famille, il resterait
absolument froid, qu'il est in-

capable de pleurer, incapable d'éprouver une émotion. C'est, en effet, ce qui constitue le fond même de la mélancolie.

Il en est de même des fonctions physiques. Ces malades pendant cette période mélancolique sont peu portés à agir, ils sont même contraints à l'inaction la plus absolue; ils restent des heures entières, des jours, dans l'immobilité assis sur un fauteuil ou sur

une chaise, ne levant pas les yeux, se tenant dans un coin, fuyant la lumière, fuyant l'air, fuyant le mouvement sous toutes ses formes, et beaucoup d'entr'eux, lorsqu'ils sont libres, lorsqu'ils sont dans la société, ou dans leur famille, restent dans leur chambre, s'enferment, se mettent dans l'obscurité, et le plus souvent même ils restent au lit pendant toute leur vie, mangeant à peine, refusant les aliments, ne se livrant à aucun mouve-

ment, dans un état d'inaction et d'inertie absolue.

Cet état est très fréquent dans la société, dans le monde, dans les familles, beaucoup plus qu'on ne le croyait autrefois. Il y a même un fait remarquable, c'est que, lorsqu'on interroge les parents sur l'hérédité des aliénés qu'il y a dans les asiles, on découvre souvent que plusieurs de leurs ascendants ont été atteints de cette forme de maladie mentale

qui est restée dans la famille, en questionnant bien les parents, on arrive à savoir qu'un père, un oncle, un arrière grand père dans la famille a passé sa vie par périodes, dans un état de mélancolie profonde, fuyant le monde, s'enfermant, s'isolant du monde entier, ne se livrant à aucun exercice, à aucun mouvement, passant des journées et des mois entiers dans cette disposition mélancolique pro-

longée.

Ces malades, qui ont passé inaperçus, sont de véritables circulaires dans la période mélancolique, dont la période d'excitation a seule été observée par les personnes qui les entourent. Cette dépression mélancolique qui s'applique à tous les faits de la vie par ces aliénés, cette période mélancolique s'accompagne de symptômes physiques correspondants: toutes

les fonctions physiques de ces malades sont ralenties comme leur intelligence ; ils maigrissent, la nutrition se fait mal ; ils mangent très peu, quelquefois même ils refusent les aliments. Si on n'avait soin de les faire manger, d'avoir pour eux toutes les attentions possibles, de les soigner comme des enfants, ils se laisseraient mourir de faim, la nutrition se fait très mal, toutes les fonctions

sans exception sont ralenties, il y a en général du sommeil, un sommeil prolongé, mais ce sommeil est quelquefois prolongé accompagné de rêves et de cauchemars. Quant à la nutrition générale, elle souffre de toutes les manières, la peau est sèche, rugueuse, sans transpiration, les urines sont diminuées, la respiration est extrêmement ralentie, on a compté souvent des respirations qui sont beau

coup moindres qu'à l'état normal. Il en est de même des pulsations, on a cité des faits de ralentissement extrême du pouls.

M. Baillarger a cité un exemple dans lequel le pouls était descendu à 45. Indépendamment de ce ralentissement de toutes les fonctions de l'économie, il y a quelquefois un degré plus avancé. La circulation est tellement ralentie que les extré-

nités sont froides, bleuâtres, et œdématiées. Ces malades se rapprochent, sous ce rapport, des mélancoliques avec stupeur.

Plusieurs auteurs allemands, et Rib en dernier lieu, ont cité des exemples remarquables du refroidissement des extrémités avec cyanose.

La circulation est tellement ralentie qu'elle ne se fait plus. Les extrémités sont froides et bleâxxtres.

Vous voyez donc que cet état

des mélancoliques est très caractérisé quoiqu'il passe souvent inaperçu. Quand il existe à ce degré, surtout dans les familles, en dehors des asiles d'aliénés, l'état n'est pas considéré comme pathologique. On s'imagine que ce sont des humeurs noires. (C'est le mot), que ces malades ont une transformation de caractère, mais que l'on n'attribue pas à la maladie. On croit que ce sont des phases par lesquelles passent les individus, on les attribue à

des causes accidentelles, à des chagrins, à des préoccupations pénibles, et on ne voit pas un état pathologique caractérisé. C'est ce qui fait que ces malades restent le plus souvent dans leur famille, dans le monde, et ne vont que rarement dans les asiles d'aliénés.
D'autre part, la période d'excitation qui suit ordinairement cet état mélancolique passe inaperçue, et on ne reconstitue pas l'espèce pathologique avec

ses caractères particuliers.

Nous aurons à revenir tout à l'heure sur ces différents faits, à propos de la marche générale de la maladie.

Cet état de dépression générale est l'état le plus habituel, le plus fréquent. Cependant dans un certain nombre de cas, la maladie acquiert des caractères plus tranchés et plus évidents de folie, de mélancolie caractérisée

A cet état de dépression viennent se joindre des conceptions dé-

lirantes caractérisées. Ces malades ne se bornent pas à se croire perdus, à se croire incapables, à être dégoutés de la vie, ils arrivent à des conceptions dé-terminées. Ils se croient ruinés, condamnés, damnés, conduits en prison, ils ont, en un mot, des conceptions délirantes de mélancolie, de ruine, d'in-capacité, d'inhabileté, comme les mélancoliques ordinaires des asiles.

C'est là un second degré

de la mélancolie, mais il y en a un 3me.

Il y a quelques malades qui arrivent jusqu'au degré extrême de la stupidité ou de la stupeur. Ces malades sont alors complètement immobilisés, comme les malades stupides décrits par Monsieur Baillarger, sur lesquels nous reviendrons dans une prochaine leçon.

L'état habituel, c'est donc l'état de dépression générale, l'état mélancolique sans

délire.

Il est un certain nombre de faits dans lesquels viennent des conceptions délirantes déterminées et d'autres dans lesquels la mélancolie aboutit jusqu'à la stupeur la plus caractérisée, mais il faut remarquer que ces malades plongés dans la stupeur assistent aux faits du dehors, ils paraissent complètement absents, dans un état de rêve, il semble qu'ils n'ont aucune conscience

du monde extérieur, mais, en réalité, ils observent tout, ils voient tout ce qui se passe autour d'eux, ils entendent tout ce que l'on dit, et, lorsque plus tard ils sont dans l'excitation, ils racontent dans le détail tout ce qui s'est passé autour d'eux pendant la période mélancolique.

C'est un fait très important à noter dans cet état particulier de mélancolie de la folie circulaire. C'est un état de stupeur apparent; mais, au fond, le mouvement de

la pensée n'est pas suspendu, et les malades assistent aux faits du dehors d'une façon vraiment remarquable et qui étonne les assistants, quand, plus tard, les malades viennent raconter ce qu'ils ont vu et entendu pendant leur état mélancolique.

Tels sont, d'une manière très rapide, les caractères principaux de l'état mélancolique dans la folie circulaire.

Je passe maintenant à l'état d'excitation. L'

Le état d'excitation présente des caractères précisément inverses. Il n'y a, en quelque sorte, qu'à prendre les termes contraires pour décrire l'état d'excitation par opposition à l'état de mélancolie. Toutes les facultés physiques et morales de ces malades sont surexcitées dans tous les sens et dans toutes les directions. Le malade a un besoin continuel de mouvement, il ne peut pas rester en place. Il a besoin

de parler, d'agir, de gesticuler, de se livrer à tous les ordres de parole et d'action. Ces malades ne dorment pas, ils sont jour et nuit sur pieds, ils sont le désordre personnifié. Ce sont les malades les plus gênants, les plus difficiles, les plus insupportables, dans la famille comme dans les asiles d'aliénés; ils n'ont pas un moment de répit, ils sont constamment en mouvement

les tourmentent tout leur entourage, ils sont le désordre personnifié. Il n'y a pas dans les asiles d'aliénés, des malades plus difficiles, plus désordonnés, que ces malades circulaires dans la période d'excitation.

Il en est de la période d'excitation comme de la période de dépression. Dans la plupart des cas, c'est cet état général qui domine. Les malades ont une intelligence extraordinaire

ment surexcitée, ils s'étonnent eux-mêmes de la facilité de leurs conceptions, de la multiplicité de leurs idées qui pullulent dans leur intelligence, qui est en fermentation, sans un moment de répit, sans un moment ~~de~~ d'interruption, et ces malades eux-mêmes s'étonnent de leur situation actuelle.

Quand ils comparent leur état actuel à leur état

passé ils sont émerveillés du dévelop-
pement de leurs propres facultés
intellectuelles. En effet, il est très re-
marquable que plusieurs d'entr'
eux acquièrent, pendant la ma-
ladie, une intelligence qu'ils
n'avaient jamais eue pendant
toute leur existence. Il y a
des malades pendant cette
période, qui composent des poé-
sies, qui composent des ou-
vrages, qui écrivent, qui par-
lent avec une volubilité, avec

une facilité d'élocution vraiment extraordinaire. On a décrit de tout temps cette surexcitation des facultés intellectuelles dans la folie. Le docteur Santu, en particulier, a fait une thèse très intéressante sur cette surexcitation des facultés d'un grand nombre d'aliénés, et la plupart des malades qui font l'objet de cette thèse sont atteints de la période d'excitation de la folie cir-

culaire.

On est étonné de voir les souvenirs anciens qui reviennent à la surface, qui surgissent, qui surnagent au milieu de cette excitation cérébrale; les malades se rappellent les détails les plus insignifiants de leur vie passée, ils ont le souvenir exact des auteurs classiques qu'ils ont lus, appris dans leur enfance, ils ont une mémoire d'une précision extraordinaire.

ils récitent des poèmes entiers, quelquefois des volumes de vers, de prose, qu'ils ont appris dans leur enfance et qu'ils avaient complètement oubliés. Il y a une surexcitation des facultés intellectuelles vraiment très remarquable. Mais à côté de cette excitation, il y a toujours une part à faire au désordre. C'est un état qui n'est pas incohérent comme beaucoup d'autres

idées se suivent, les malades ont des phrases parfaitement suivies et régulières, mais ils passent rapidement d'une idée à une autre; ils ont un désordre constant dans leur intelligence, qui est très facile à constater quand on se donne la peine de les observer avec soin. Mais c'est surtout dans leur moral, dans la partie affective, morale et instinctive de l'être que l'excitation se manifeste.

Ces malades sont les plus difficiles

les plus malveillants, les plus querelleurs, les plus mauvais, les plus méchants, de tous les aliénés. On ne peut pas imaginer tout ce qu'ils inventent d'histoires mensongères, de calomnies, des médisances ; ils tirent parti de tous les faits, ils vous brodent des histoires, ils portent des accusations épouvantables contre leurs parents, leurs amis leur entourage, en un mot, sous ce rapport, ils ressemblent beaucoup aux malades hystériques atteints

de la folie raisonnante des hystériques, sous ce rapport il y a une très grande analogie entre l'excitation de la folie circulaire et l'excitation des malades hystériques

Monsieur le docteur Régis a appelé l'attention d'une manière spéciale sur ce caractère malveillant des aliénés à double forme, à forme circulaire. Il a même cherché dans ce fait un moyen de diagnostic entre cet état et l'état des paralytiques généraux dont nous parlerons

tout à l'heure.

Ils font des niches, ils sont en querelles continuelles avec tout leur entourage, ils ont des discussions incessantes, ils inventent des histoires, des mensonges, et ils les colorent avec tant d'habileté, ils ont tant de procédés ingénieux pour rendre les faits vraisemblables qu'ils finissent par convaincre leur entourage, et très souvent ils jettent le désordre, la guerre au milieu des familles.

Ce sont les plus désordonnés et les plus difficiles de tous les aliénés. Ce sont les véritables fléaux des familles et des asiles.

Les actes de ces malades sont en rapport avec le désordre de leurs facultés intellectuelles et morales. C'est surtout par leurs actes qu'on peut les juger. Dans les asiles d'aliénés il y a même une chose remarquable, il suffit d'entrer dans la cour d'un asile pour pouvoir

de loin, en quelque sorte, reconnaître, diagnostiquer les malades atteints de folie circulaire.

Ils viennent au devant de l'observateur. Ils ont un costume tout à fait bizarre, un accoutrement spécial. Ils ont à la main des papiers, des écrits, des lettres, ils font des réclamations, des plaintes, ils sont sans cesse en mouvement, on les reconnaît à

distance rien que par leur maintien.

Il m'est arrivé plusieurs fois, en entrant dans un asile d'aliénés d'apercevoir de loin un malade, de dire : ce malade doit être atteint de folie circulaire, de manie à double forme, ils ont une manifestation tellement caractérisée qu'on les reconnaît même sans observation.

L'accoutrement, le costume de ces malades, est un fait remar-

quable et bon à signaler.

Dans les asiles d'aliénés, tels qu'ils sont constitués aujourd'hui, la régularité, l'ordre, la règle, dominent tellement que tous les malades se ressemblent; il n'y a pas cette variété, cette mobilité qui existait autrefois dans les asiles moins bien ordonnés. Le costume est uniforme, monotone; cependant il y a certains malades qui se détachent au milieu de cette uniformité géné-

rale : eh bien, ce sont les malades atteints de folie circulaire à double forme, dans la période d'excitation. Ces malades trouvent moyen de déchirer leurs vêtements, de les mettre à l'envers, de les retourner d'une manière ou d'une autre, de se mettre des fleurs sur la tête, des morceaux de papier, de se costumer d'une façon bizarre, comme en carnaval pour ainsi dire, ils ont une attitude, une manière d'être spéciale qui attirent l'attention de l'observateur.

Il y a un autre fait important qui est presque constant, dans cette période d'excitation : les malades ramassent sans cesse, collectionnent des objets inutiles, des branches d'arbres, des morceaux de bois, des papiers, des chiffons, et il n'y a, pour ainsi dire qu'à les fouiller pour arriver au diagnostic de leur affection.

Certainement, il y a beaucoup de malades ramasseurs dans les asiles, des déments qui collectionnent des objets inu

tiles, des cailloux par exemple, mais aucun ne collectionne au degré des malades atteints à ce point de la folie circulaire. C'est là l'état le plus habituel, l'état général de ces malades. Mais, de même que pour la mélancolie, il y a certains malades qui vont plus loin dans l'échelle du délire et qui arrivent à la véritable manie, à l'état maniaque plus ou moins incohérent. Ces malades sont alors tout

à fait désordonnés : ils déchirent, ils se déshabillent, ils sont tout nus. On est obligé de leur mettre la camisole, ils ont une excitation maniaque des plus intenses, ils dépassent la mesure de la simple excitation dont je parlais tout à l'heure ; ils arrivent à un véritable accès de manie.

Chose remarquable même, c'est que cet état de manie s'accompagne souvent d'idées de grandeur, analogues

à celles des paralytiques aliénés.
M. M. Baillarger et Lunier ont attiré l'attention sur cette analogie très grande, dans certains cas, de la folie circulaire avec la manie congestive, à la première période de la paralysie générale. Il y a, en effet, certains malades qui ont une telle analogie avec les paralytiques généraux, que le diagnostic différentiel est très difficile. Les idées de grandeur sont nombreuses chez ces mala-

quand ils sont en liberté ils font des achats, ils font des des commandes considérables, ils écrivent des lettres, des invitations, font des voyages, des spéculations de banque et les spéculations les plus diverses, ils sont, en un mot, très ressemblants aux paralytiques généraux à la première période. Il y a même une analogie de plus sur la-

quelle je vais insister : c'est qu'il y a quelques symptômes physiques qui peuvent complé-ter l'erreur du diagnostic et le rendre très difficile :

Pendant cette période d'exci-tation, les symptômes physiques sont précisément en rapport avec l'excitation des facultés intellectuelles. Le malade, aussitôt qu'il entre dans l'excitation, a un sentiment général de bien être exagéré

il ne s'est jamais si bien porté tandis que, dans la période mélancolique, il avait des angoisses, des sensations pénibles, des douleurs même très vives et qu'il souffrait de sa maladie, dans la période d'excitation, au contraire, le bien être est porté à son comble, le malade jouit de sa santé et tandis qu'il tourmente son entourage par le désordre de ses actes et par l'incohérence de ses propos

il est au contraire, lui, le plus heureux des hommes.

Les malades atteints de cet état de maladie mentale, désirent voir perpétuer leur état d'excitation pendant toute leur vie et ils redoutent par dessus tout le retour à la période mélancolique qui est, pour quelques uns, la véritable période pénible, douloureuse, de la maladie, tandis que, pendant l'excitation, ils sont satisfaits, heureux au plus

sique et au moral. Toutes les fonc-tions s'accomplissent avec une rapidité, une facilité extraordinaires ils mangent beaucoup, ils ne dor-ment pas, ils ont une vivacité extraordinaire, ils sont sans cesse en mouvement, toutes les fonc-tions sont rapides, la circulation à 80, 90 pulsations, quelque-fois davantage, la respiration est extrêmement rapide; tou-tes les fonctions sont accélérées activées, le malade est dans un état de grandeur, de

bonheur, de satisfaction, de plaisir général ; la santé générale s'en ressent. Le malade engraisse et on a fait à cet égard, des observations assez intéressantes. On a pesé des malades pendant la période de mélancolie et pendant la période d'excitation, et on a trouvé des différences de poids extraordinaires dans un temps très court. Pendant la période mélancolique les malades maigrissent très rapidement, dans la période

d'excitation, ils pèsent beaucoup plus et prennent un embonpoint exagéré.

Il y a donc un ensemble de phénomènes physiques correspondant à l'état des facultés morales.

Un fait sur lequel on n'a pas assez appelé l'attention, qui est très important à signaler, c'est le fait des états congestifs, qui existent quelquefois assez fréquemment dans ces états de congestion d'excita-

tation ; il y a des phénomènes cérébraux, des phénomènes congestifs, qui établissent une sorte d'analogie entre cette période d'excitation et la période correspondante de la paralysie générale à la première période.
Ces malades ont quelquefois de petites attaques, de petites congestions passagères, suivies de quelques phénomènes paralytiques passagers : embarras de la parole, embarras de la langue, paraplégie. Il y a

quelquefois des symptômes congestifs pendant la première période et ces symptômes s'exagèrent souvent surtout aux accès ultérieurs et sont quelquefois la cause de la mort, en définitive, de ces malades. Ces phénomènes congestifs sont d'autant plus importants à signaler que cette maladie, au contraire, semble ne se caractériser que par des désordres de l'ordre mental. Il semblerait que ces malades ont

acquis une intelligence extraordinaire, qu'ils sont plus capables qu'ils l'ont été pendant toute leur vie, qu'ils ont une exagération de toutes les fonctions intellectuelles et que, par conséquent, ils sont mieux portants qu'à leur état normal. Eh bien, cependant, malgré cette exubérance de santé, ils ont quelques phénomènes physiques importants, beaucoup plus caractéristiques que d'autres aliénés qui paraissent plus malades phy-

siquement.

Il y a là un point de contact remarquable entre cet état d'excitation et d'autres variétés de maladie mentale, de folie raisonnante sur lesquelles j'insisterai plus tard. Je vous signalerai des faits analogues de congestion chez les aliénés raisonnants, chez les aliénés qui paraissent les plus voisins de l'état normal. Il y a donc là un fait bien important pour la paralysie

générale des aliénés. Chose remarquable, ce sont les aliénés qui paraissent le moins aliénés, qui paraissent les plus voisins de l'état normal, de leur état de raison, qui ont, par contre, les symptômes physiques souvent les plus accusés et les plus caractérisés, de sorte que la maladie mentale qui paraissait la plus voisine de l'état psychologique normal, est celle, en somme, qui présente les phénomènes les plus caractérisés.

C'est un fait important, capital

pour la pathologie générale des ma_
ladies mentales.

Je ne peux insister plus longtemps sur les deux états mélancoliques et d'excitation des folies circulaires. J'arrive à la troisième période, c'est à dire à l'intervalle de stage, et je suis obligé d'abor_
der nécessairement, par ce seul fait, l'étude de la marche de la maladie. Il faut étudier cette marche de la maladie à deux points de vue : au point de vue de l'évolution de l'ac_

cès et au point de vue de l'évolution générale de la maladie.

L'accès de folie à double forme est constitué essentiellement par la succession plus ou moins rapide de l'état mélancolique à l'état d'excitation ; mais ici se présente une difficulté. Y a-t-il un intervalle lucide entre ces deux états : soit entre la mélancolie et l'excitation, soit entre l'excitation et la mélancolie ?

Mon père a admis que cet intervalle lucide existait toujours.

Monsieur Baillarger en a nié l'existence. C'est sur ce point que diffère leur opinion.

Il faut prendre une opinion intermédiaire. Selon moi, l'intervalle lucide est le fait habituel le plus fréquent, mais je ne puis pas méconnaitre qu'il y a des cas où cet état lucide n'existe pas et ne peut pas être observé, pas plus entre

la mélancolie et l'excitation, qu'entre l'excitation et la mélancolie.

Il y a trois modes d'évolution possibles de la folie circulaire ; le passage d'un état à un autre se fait de trois manières : ou il se fait par nuances insensibles, par dégradation de teintes, c'est le fait le plus habituel, celui sur lequel mon père a insisté dans sa description, ou bien il se fait subitement, dans l'espace d'une

nuit, dans l'espace d'un jour, d'un jour à une nuit. C'est une métamorphose instantanée. Les malades passent de l'excitation à la dépression en une nuit. Un malade s'endort mélancolique et se réveille maniaque.

Nous voyons cela fréquemment dans les asiles d'aliénés. Dans ce cas on ne peut pas admettre d'intervalle lucide.

Dans d'autres cas, c'est le troisième mode de transformation le passage d'un état à l'autre

se fait par oscillations, c'est à dire que les malades sont mélancoliques, commencent à devenir maniaques, puis redeviennent mélancoliques et redeviennent maniaques plusieurs fois de suite, à divers degrés, à plusieurs jours d'intervalle; on voit un malade mélancolique, puis quelques jours après on voit l'excitation qui survient. On s'imagine que c'est la période d'excitation... une nouvelle mélancolie survient et ainsi de suite. Il y a plusieurs

oscillations comparables au flux et au reflux de la mer. Eh bien, dans ces cas, il n'y a pas de calme plat entre le flux et le reflux, ou du moins ce calme plat est telle-ment court qu'il ne peut s'ap-peler intervalle lucide. Il y a une oscillation continuelle entre la marée montante et la marée des-cendante jusqu'à ce que, enfin, un de ces états se caractérise définitivement et devienne alors une période continue. Le pas-

sage d'un état à l'autre se fait par oscillations successives, de même que, dans d'autres cas, il se fait brusquement, du jour au lendemain, et que, dans d'autres cas, il se fait par dégradations successives de teintes, la mélancolie diminuant de jour en jour d'intensité, arrivant comme une période de pleine raison et s'élevant ensuite peu à peu à l'excitation ascendante de mélancolie. Il y a, dans cette période, une échelle descendante

de mélancolie et ascendante d'excitation ; le passage se fait par transitions insensibles ; eh bien, c'est dans ces cas-ci qu'on peut se demander s'il n'y a pas une période lucide plus ou moins prolongée. Monsieur Baillarger ne l'admet pas, il admet que les deux échelles se touchent, que lorsqu'on est descendu au bas de l'échelle mélancolique on recommence l'échelle de

l'excitation ; tandis que mon père, se basant sur un grand nombre de faits très exacts, très bien observés, admet que ces échelles s'éloignent et qu'il y a un intervalle lucide.

Cet intervalle lucide est difficile à caractériser. Les malades qui ont été mélancoliques commencent à revenir à la gaîté, ils reprennent de l'activité ils s'intéressent aux choses du dehors, ils

commencent à marcher, à circuler, à s'occuper de leurs affaires et ils reconnaissent eux-mêmes qu'ils reviennent à la vie. Il y a là un réveil successif.

Arrivés à un certain degré, ils sont dans un état parfait, analogue à l'état normal, et cet état peut durer longtemps.

C'est là ce qui constitue l'intervalle lucide. Dans ces cas il est impossible à un ob-

servateur attentif de signaler la persistance de l'état mélancolique et d'indiquer en même temps le commencement de l'excitation.

Il y a donc là une période souvent prolongée pendant plusieurs mois pendant lesquels les malades semblent revenus à l'état normal.

Ce fait est très important à constater, surtout au point de vue de la médecine légale et au point de vue de la

sortie des asiles. On maintient internés quelquefois des malades et c'est une chose très juste quand l'accès doit revenir prochainement, mais lorsqu'il y a un long intervalle, on peut les rendre à leur famille tout en sachant que l'accès reviendra tôt ou tard. Il en est de même des cas de médecine légale que je vous signalerai tout à l'heure en terminant.

Il y a des cas extrêmement

difficiles au point de vue des testa-ments et des actes civils en gé-néral.

Les malades sont revenus à un état normal, et vraiment leurs actes civils doivent être consi-dérés comme valables pendant cette période, quoiqu'elle soit sui-vie d'une période de mala-die.

Tels sont, en quelques mots, les faits principaux à signa-ler par l'évolution de la maladie, mais il faut

maintenant insister sur la mar-
che générale de cette maladie,
et c'est sur ce fait que Mon-
sieur Baillarger a fourni
des documents assez importants.
Monsieur Baillarger admet
quatre ou cinq variétés de la
folie à double forme, il ad-
met que certains malades
ont plusieurs accès doubles suc-
cessifs, pendant plusieurs an-
nées ils ont alors une forme
qui paraît circulaire, c'est-
à-dire des accès qui se

succèdent sans interruption, mélancolie, manie, mélancolie, manie, mélancolie, manie, puis, à un certain moment, cet état cesse, le malade paraît guéri de ses accès doubles successifs ; il revient à un état de raison qui peut durer plusieurs années.

C'est ce que Monsieur Baillarger appelle la folie à double forme intermittente. Dans d'autres cas, l'espace qui sépare cet accès est beaucoup

plus long et peut durer 10, et 15 ans; ces malades ne seront atteints pendant toute leur vie que de deux ou trois accès de folie à double forme.

On en trouve quelques exemples, un surtout très remarquable dans C'est sur ce fait que Monsieur Baillarger s'est appuyé pour admettre qu'il y avait une folie intermittente à double forme, à longue période

Enfin, il admet, comme mon père, que dans d'autres cas, la succession des deux formes est non interrompue et persiste pendant toute la vie. C'est à cette variété qu'il a réservé le nom de folie circulaire. Il applique en plus ce mot aux autres variétés persistantes.

Pour mon père, au contraire, la folie circulaire est une

maladie continue, une maladie qui présente trois périodes : l'état de mélancolie, l'état d'excitation et l'intervalle lucide, mais qui dure pendant toute la vie des aliénés. L'intervalle lucide peut être prolongé, il peut durer pendant plusieurs années ; c'est ici que vient la fusion entre les deux opinions, mais l'accès à double forme revient toujours

et c'est un cercle non interrompu pendant toute l'existence des aliénés.

Beaucoup de faits observés dans la pratique civile viennent à l'appui de cette opinion. Ce qui fait qu'on a confondu, c'est que certains cercles, certains accès, sont beaucoup moins intenses les uns que les autres. Il y a des malades qui sortent des asiles d'aliénés après avoir eu des accès maniaques, des accès mélancoli_

ques très caractérisés, qui restent dans leur famille plusieurs années sans paraître malades, sans paraître atteints de maladie mentale ou nerveuse, mais quand on les observe bien, on s'aperçoit que les cercles ont existé, qu'il y a eu des périodes mélancoliques et des périodes d'excitation, seulement elles ont été très atténuées, elles sont très légères et elles passent inaperçues.

De sorte que la continuité du cercle s'établit pour un observateur attentif, tandis qu'elle passe inaperçue pour les observateurs artificiels. C'est là la cause d'erreur sur laquelle mon père insistait avec raison, qui permet de rétablir dans la majorité des cas, la continuité de la folie circulaire à double forme.

Quoiqu'il en soit, le fait important à noter dans la

marche de cette maladie, c'est la succession régulière des cercles, mais leur différence de durée et d'intensité. Dans les folies intermittentes en général il y a des caractères communs qui s'appliquent également à la folie circulaire = toutes les folies intermittentes présentent les mêmes caractères à chaque nouvel accès. Il en est de même de la forme circulaire chez le même malade. En général

le même malade quand il tombe dans l'excitation présente exactement les mêmes caractères qu'il avait dans un accès précédent. Cependant, ce n'est pas aussi rigoureux pour la folie circulaire que pour les autres folies intermittentes ; il y a des états d'excitation, chez le même malade, moins intenses que ~~chez~~ d'autres ; il y a des accès moins prononcés, moins accentués.

Dans d'autres cas, la mélancolie est légère, l'excitation aussi, tandis que, dans un nouveau cercle, dans un nouvel accès, on a un véritable accès de mélancolie, un véritable accès de manie.

Il y a donc une différence d'intensité et également une différence de durée chez le même malade.

La marche de la folie circulaire a été divisée en deux grandes catégories. Il y a des folies

circulaires à courte échéance et à longue échéance. Il y a des malades qui alternent de la mélancolie à l'excitation, d'une manière très rapide, quelquefois de deux jours l'un, de trois jours l'un, une semaine, trois semaines, un mois, six mois, et puis plusieurs années.

Il y a donc de grandes diversités dans la durée des accès, et on peut les diviser en deux catégories :

Folies circulaires à courte éché-

ance et à longue échéance.

Or, dans les folies circulaires à courte échéance, la transmutation des formes est très brusque, extrêmement rapide et il n'y a pas d'intervalle lucide. Dans les folies à longue échéance, l'intervalle lucide, au contraire, subsiste et peut être très prolongé.

Les deux opinions de Monsieur Baillarger et de mon père, sont donc vraies dans une certaine mesure, et l'une s'applique aux folies à courte

échéance, et l'autre, aux contraire, aux folies à longue échéance. Il y a donc une différence dans la durée des accès et une différence dans l'intensité de chacun des états mélancoliques et maniaques.

Le même malade peut présenter ~~d~~ un accès léger de simple dépression, une simple excitation, et plus tard présenter au contraire, un nouvel accès à double forme qui sera très intense

qui représentera le véritable accès de manie ou de mélancolie.

Il y a donc des diversités pendant la vie des individus, dans l'intensité et dans la durée des divers états pathologiques.

Il en est de même, et encore davantage, si l'on considère les malades comparativement, si l'on considère deux malades différents. Il y a des malades qui, pendant toute leur vie, n'ont qu'une

excitation simple avec dépression simples, d'autres, au contraire, qui ont des états de mélancolie très caractérisés, aboutissant jusqu'à la stupeur et des états de manie également très intenses allant jusqu'à l'incohérence

La folie à double forme ayant des caractères communs, constants a cependant des variétés dans la marche, au point de vue de la durée et de l'intensité de chaque accès et de la

marche totale de la malade.
Ce sont (là) des faits importants sur lesquels il importe beaucoup d'insister, qui sont essentiels à connaître au point de vue du diagnostic.
J'ai précisément à vous parler en ce moment du diagnostic différentiel.
Le diagnostic de cette maladie paraît très facile à première vue. Quand les accès sont très caractérisés et surtout quand on a pu observer plu-

-sieurs ~~aliénés~~ accès ; quand on a vu se succéder chez un aliéné, des accès de mélancolie et des accès de manie, d'une manière régulière, pendant plusieurs années, le diagnostic est certain ; on peut affirmer que le malade continuera ainsi à présenter des accès à double forme pendant toute sa vie, soit d'une manière continue, soit avec des intervalles de rémission.

Mais il n'en est pas de même

quand on assiste à un premier accès de folie à double forme, surtout quand on n'assiste qu'à un des stades de l'accès, et c'est ce qui explique pourquoi cette maladie est restée si longtemps ignorée. On voyait des malades mélancoliques, on les classait parmi les mélancoliques. Ces malades sortaient, rentraient dans leurs familles... On ne savait pas qu'ils avaient eu une période maniaque après leur période mélancolique. De

De même pour les maniaques. De sorte que très souvent, on a classé ces malades parmi les mélancoliques et les maniaques, sans tenir compte de l'union et de la coexistence des deux formes.

Dans d'autres cas, le diagnostic est difficile, parceque l'un des deux stades est quelquefois très atténué, tandis que l'autre est très intense. Il y a des malades qui ont des accès de manie des plus violents et dont le stade mélan-

colique est très atténuée, très affaibli, de sorte qu'ils passent pour des aliénés en état de guérison. On renvoie ces malades dans leur famille, après guérison de la manie et on n'aperçoit pas que cet état de manie est suivi d'une période de mélancolie très caractérisée.

L'inverse a lieu dans d'autres cas.

Il y a des cas où c'est l'état mélancolique qui domine; tandis que l'état maniaque passe ina-

perçu. Il y a donc là de grandes difficultés de diagnostic, rien que pour constituer la maladie appelée folie à double forme ou folie circulaire.

Le diagnostic est également difficile à d'autres points de vue.

Il y a des malades dont les accès sont si peu intenses, si peu caractérisés, qu'ils passent absolument inaperçus. Il y a dans le monde des personnes qui passent pendant toute leur vie par ces états différents, sans

passer pour des malades et pour des aliénés. Il semblerait que ce sont des variations de caractère. Pendant plusieurs mois les malades sont tristes, ils s'isolent, ils ne font aucune visite, ils ne reçoivent personne, ils s'enferment dans leur chambre, quelquefois ils restent dans leur lit; ils mangent peu, ils vivent à l'écart; ils sont dans un état évident de mélancolie dépressive, mais cet état passe inaperçu, ils semblent qu

les malades cèdent à un caprice, à une variation d'humeur. On n'y attache aucune importance, on ne voit pas là des malades, on n'observe pas, surtout, que trois ou quatre mois après, ces mêmes malades changent complètement d'état, qu'ils deviennent d'une activité étonnante, extraordinaire. Ils vont et viennent, font des visites, écrivent des lettres, se livrent aux actes les plus différents, aux voyages, aux spéculations,

ils ont, en un mot, une activité étonnante. Ils écrivent et font des mémoires, ils font des communications à l'institut, ils ont un mouvement incessant. Il y en a beaucoup comme cela dans le monde. Et puis, 4, 6 ou 7 mois, ils retombent dans une période d'accalmie, d'inertie, et alors ils ne font plus rien, ils ne voient plus personne, ils s'isolent, ils s'enferment dans leur chambre, ils vivent à l'écart, il sem-

blerait que ce sont deux hommes différents dans le même corps, que les deux personnalités différentes se succèdent chez le même individu. C'est un fait très remarquable et qui existe certainement dans la société, dans toutes les classes.

Eh bien, dans ce cas, la maladie passe inaperçue ; ce sont des variations de caractère et la plupart du temps on n'observe pas les deux états. L'un de ces deux états est seul constaté.

: tantôt la mélancolie, tantôt l'excitation. Pendant l'excitation ces malades ont l'intelligence surexcitée; ils ont plus de facultés qu'à l'état normal, ils font quelquefois des découvertes, trouvent des points de vue, des aperçus ingénieux, nouveaux, qui frappent l'attention. On les remarque, non pas comme des génies, mais comme des personnes faisant des découvertes, ayant des idées ingénieuses.

Plus tard ils tombent dans la mélancolie et personne ne les voit pendant cet état là. Ils restent enfermés chez eux. On n'observe pas l'état inverse du précédent, on croit que leur état habituel est l'état d'activité de l'intelligence, d'activité des facultés ~~extérieures~~ intellectuelles. Il y a donc là une difficulté de diagnostic très considérable.

Une autre difficulté existe pour diagnostiquer l'état d'excitation

– .. de cette manie circulaire et l'état de manie hystérique raisonnante. Il y a certaines hystériques aliénées qui sont raisonnante et qui ont une ~~certaine~~ analogie extrême avec ces malades atteints de folie circulaire.

Ces hystériques inventent des histoires, des mensonges, en un mot ressemblent sous tous les rapports, à cet état que je viens de vous décrire. Quand l'excitation maniaque est raisonnante dans la folie circulaire il y a

là souvent une difficulté de diagnostic très grande et qui ne peut être levée que par l'étude complète de la maladie et des diverses phases que cette maladie a traversées. Très souvent la confusion est possible à un moment donné entre la manie raisonnante des histériques et la manie raisonnante des circulaires.

Une autre difficulté du diagnostic existe vis à vis de la paralysie générale. Comme je vous le

disais tout à l'heure, on a signalé des cas de folie circulaire avec excitation, pendant lesquels les malades ont des idées de grandeur, des idées de fortune, des besoins d'achat, une activité exagérée, en un mot beaucoup de caractères qui appartiennent en propre à la paralysie générale à la première période. Cependant, quand on a bien étudié cette période de la paralysie générale, quand on

a bien remarqué qu'il y a toujours au fond du délire des paralytiques, un commencement de démence, qu'il y a toujours une faiblesse intellectuelle que l'on peut constater et signaler, des lacunes énormes dans la mémoire, dans l'intelligence et que, d'autre part, les conceptions délirantes des paralytiques sont, comme je vous l'ai dit, absurdes, contradictoires, multiples et très mobiles, on trouve là un

moyen de diagnostic différentiel avec la période d'excitation de la folie circulaire.

Le docteur Régis, a indiqué un autre caractère à ceux dont je viens de parler. Ce caractère est tiré de la bienveillance des paralytiques opposée à la malveillance des circulaires. Les circulaires sont les plus malveillants des aliénés ; ils ne font que le mal, ils inventent les histoires les plus nuisibles

à toutes les personnes qui les entourent, des mensonges, des histoires les plus nuisibles, comme je le disais tout à l'heure, des romans infernaux, diaboliques. ils sont querelleurs, taquins, difficiles à vivre, malveillants en un mot.

Les paralytiques, au contraire, sont disposés à la bienveillance, à la générosité. Ils donnent des titres, de la fortune, à toutes les personnes qui les entourent, ils sont généralement doux, bienveil-

tants, malgré leur grande excitation.

M. Régis a insisté avec raison sur ce caractère qui n'est pas absolu, mais qui peut servir de diagnostic entre la première période de la paralysie générale et la période d'excitation de la forme circulaire.

Le temps me presse et je vais vous dire quelques mots encore de l'étiologie, du

pronostic et de la médecine légale.

L'étiologie de la ~~médecine~~ folie circulaire se borne principalement à la question d'hérédité. La folie circulaire est certainement une des plus héréditaires des maladies mentales; elle participe, sous ce rapport, ~~vous~~ (des caractères généraux des) folies intermittentes. Les folies périodiques intermittentes ou circulaires sont presque toutes héréditaires, et héréditaires sous la même forme..

C'est un fait général. On a signalé le fait.

Plusieurs auteurs y ont insisté, mais on ne le connait peut-être pas suffisamment, parcequ'on n'a pas eu l'occasion d'observer les malades pendant plusieurs générations.

Quant à moi, je puis citer trois faits que j'ai eu l'occasion d'observer, soit par moi-même, soit par les observations de mon père, et nous avons vu trois générations de circulaires dans la même famille

: la grand mère, la mère, et la fille ; trois fois mon père et moi, nous avons constaté d'une manière certaine, cette succession de la folie circulaire dans trois générations sous la même forme. La folie circulaire est donc une maladie essentiellement héréditaire. Elle survient ordinairement après l'époque de la puberté, dans la plupart des cas, sous l'influence de causes occasionnelles auxquelles on a attaché une grande

importance, soit à la suite d'un accouchement, soit à la suite d'une cause traumatique, soit à la suite d'une maladie aiguë, comme la fièvre typhoïde, soit à la suite d'une cause morale. On a vu des folies circulaires survenir à la suite d'une émotion vive, de chagrins etc… mais ces causes occasionnelles ~~qu~~ n'ont qu'une importance secondaire, eu égard à la cause principale

qui est la cause héréditaire. Dans d'autres cas, elle ne survient que plus tard, ~~dans~~ à un âge plus avancé ; mais ordinairement elle a existé chez les ascendants, et généralement, elle s'est produite chez eux, presque à la même époque. On s'est demandé si elle débutait par la mélancolie ou par l'excitation. En général, le début a lieu par la mélancolie. Cependant ce n'est pas absolu.

mais enfin la plupart des cas débutent par un accès mélancolique. Il y a même ceci de remarquable, qui a été noté par des auteurs allemands, par Meyer, Grane Tély et plusieurs autres que quelquefois au début, la maladie ne prend pas la forme double : il y a d'abord plusieurs accès de mélancolie, et ce n'est qu'après que survient la manie et que se constitue alors régulièrement la succession

des deux formes alternantes.

Cette maladie se produit à tout âge, cependant comme je le disais, elle se produit en général après la puberté et les malades restent pendant toute leur vie atteints de folie circulaire.

Il y a une prédominance très marquée du sexe : cette maladie est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. On en observe chez l'homme des faits très caractérisés, mais chez la femme

elle est beaucoup plus fréquente, et, dans un asile par exemple, vous aurez cette proportion : un seul homme atteint de folie circu-laire et quatre ou cinq fem-mes atteintes de la même maladie, quelquefois même davantage. Il y a donc une prédominance très mar-quée chez la femme. La fréquence de cette maladie est bien plus grande qu'elle

ne paraît au premier abord. Si vous vous bornez à observer dans les asiles d'aliénés, vous direz que les cas sont bien peu nombreux, à tel point que quelques médecins, que des spécialistes même, sont disposés à nier l'existence de la folie circulaire, ou à la croire extrêmement rare. Il n'en est rien. Si on observe dans les familles, dans la société, il y a dans le monde un grand nombre de malades

atteints de folie circulaire à divers degrés ; aux degrés atténués dont je vous parlais tout à l'heure ou à des degrés plus intenses, et qui restent dans les familles malgré l'excitation et la mélancolie, parceque tous les cercles ne sont pas aussi intenses les uns que les autres, et on n'éprouve pas le besoin de les isoler ; on ne les isole que lorsque les accès de la maladie deviennent très in-

véritable accès de manie ou de mé-
lancolie. Cette maladie est beaucoup
plus fréquente qu'on le croit, et
plus on l'étudiera, plus on en dé-
couvrira d'exemples.

Le pronostic est très grave puis-
que cette maladie dure pendant
toute la vie, avec des degrés divers
Cependant, il faut tenir compte,
dans le pronostic, des diverses
variétés de marche dont j'ai
parlé tout à l'heure.

Si l'on admet, avec M. Bail-

larger, qu'il peut s'écouler dix ans entre un accès double et un nouvel accès double; on peut admettre dans ce cas que la guérison peut être annoncée, car cet intervalle de dix ans peut passer pour une guérison, comme dans les folies intermittentes, seulement il faut faire ce correctif qu'ordinairement cette prétendue guérison n'est qu'une atténuation de forme et que le cercle

se continue même pendant cette pé-
riode d'intervalle qui est considé-
rée comme une intermittence.
C'est donc une maladie très
grave dans laquelle on n'obtient
que des rémissions incomplètes
et peu prononcées. On a essayé
quelques moyens de traitement
général, on n'arrive même
pas à atténuer l'intensité de
la mélancolie et de l'exci-
tation pendant la durée de
la maladie.

Cependant on a essayé quelques moyens, entre autres le sulfate de quinine employé dans les cas à courte échéance, quand la maladie alterne de deux ou trois jours l'un, quand les accès sont très rapprochés. On a cité quelques exemples de guérison par le sulfate de quinine.

Dans d'autres cas on a employé des injections de morphine, la digitale, beaucoup de moyens thérapeutiques, le

bromure de potassium qui ont paru atténuer soit l'excitation, soit la dépression mélancolique ; mais, en somme, même le traitement hydrothérapique n'a pas grande influence pendant le summum de l'accès. Si l'on arrive à son déclin, il est évident qu'on paraît avoir agi sur la maladie, mais cela tient à la marche naturelle

Je terminerai par quelques mots relatifs à la médecine légale.

La médecine légale de cet état a été très peu étudiée ; il y a eu rarement des occasions d'avoir à se prononcer sur des malades de ce genre ; mais la question légale est extrêmement difficile, comme je l'indiquais tout à l'heure.

Il y a des cas d'abord qui peuvent passer pour de simples variations de caractères, pour de simples différences d'humeur, et dans lesquels on ne peut pas affirmer

que l'on a affaire à une folie véritable, folie caractérisée pouvant priver l'individu du libre arbitre de la responsabilité. Il y a des cas très voisins de l'état de raison pour lesquels on ne peut pas affirmer l'irresponsabilité. C'est donc, au point de vue de la médecine légale, un état très difficile à juger ; c'est surtout difficile à juger au point de vue des faits civils, au point de vue des testaments, au

point de vue des testaments, au point de vue des actes civils. Le malade est tellement voisin de l'état normal qu'il est difficile d'affirmer qu'on a affaire à un aliéné qu'on doit priver de tous ses droits civils.

Il n'en est pas de même dans les cas bien plus caractérisés, lorsque les malades sont enfermés, que leur état maniaque et mélancolique est très caractérisé et très intense. Dans ces cas, le doute n'est plus

possible, mais le doute revient pour la période d'intervalle, pour la période de rémission ou d'intervalle lucide.

Un malade qui aurait fait un testament ou un acte civil dans cet intervalle peut être regardé comme responsable, ayant la capacité civile. Il y a là une difficulté pratique énorme qui augmentera de jour en jour, à mesure que l'on connaîtra mieux ces faits de folie circulaire et qu'on en constatera

t.

sonnent l'existence dans la société. Il y a des malades, ceux dont je vous parlais tout à l'heure, qui sont des descendants d'aliénés, qui passent quelquefois quinze années de leur vie dans cette alternance d'excitation et de dépression, qui ont une existence tout à fait anormale, tout à fait différente de l'existence commune, qui sont de véritables aliénés en

liberté, et cependant, si ces individus font des testaments, s'ils disposent de leur fortune en faveur de telle ou telle personne de leur famille, comment affirmer qu'on a affaire à de véritables aliénés et qu'on doit les priver de tous droits civils ?

Il y a là une difficulté énorme qu'une observation attentive pourra seule lever, dans une certaine mesure, mais, en médecine légale, la folie à double forme

sera toujours extrêmement difficile, à cause des variations d'état, à cause des intervalles lucides plus ou moins complets, et à cause du séjour de la plupart de ces malades dans la société, dans la famille, dans la vie commune, quand ils n'ont pas été séquestrés. Comme ils ne sont pas dans les asiles, il est très difficile de faire invalider les actes civils qu'ils ont pu signer; c'est une

question des plus délicates, et la mé-
decine légale des folies circulaires est
la plus difficile de toutes les formes.
Du reste, jusqu'à présent on a
eu rarement occasion d'appliquer
la médecine légale à ces cas par-
ce qu'ils passent inaperçus.
Lorsque ces malades font des tes-
taments, s'ils sont acceptés comme
valables il n'y a aucune contesta-
tion.
Monsieur Legrand Du Saule a
fait un traité complet des tes-

tements contestés chez des aliénés.
Il n'a cité, je crois, que deux ou trois exemples de contestations relatives à des maladies de ce genre.
Monsieur Ritti n'en cite qu'un dans son ouvrage.
La médecine légale de la folie circulaire est donc à faire presque toute entière.
Je terminerai ici, messieurs, ce que j'avais à vous dire sur cette forme de mala-

die mentale. J'aurais eu beaucoup d'autres détails à ajouter pour compléter cette observation, mais il fallait tout concentrer dans une seule leçon. J'ai été aussi rapidement que possible pour tâcher de vous indiquer, d'une manière générale et sommaire, les principaux caractères de la symptomalogie et de la marche de cette maladie.

Vous voyez qu'elle est très in-

teressante ; elle appelle de nouvelles observations ; les observations publiées ne sont pas encore très nombreuses, et c'est ce qui fait qu'on ne peut pas encore toucher les points litigeux sur lesquels j'ai appelé votre attention, à savoir s'il existe un intervalle lucide, s'il est complet, s'il existe entre les deux périodes ou après une seule, s'il est caractérisé au point de simuler la gué-

rison.

Il y a là plusieurs points noirs douteux, qui ne sont pas encore élucidés et qui ne peuvent l'être que par de nouvelles observations plus complètes.
Seulement il est très difficile de prendre des observations avec ces malades; il faut vivre avec les aliénés, les observer pendant des années, pour arriver à avoir des observations.

Il n'y a que ceux qui résident dans les asiles d'aliénés et y passent leur vie, qui peuvent fournir à cet égard, des docu-

ments vraiment scientifiques et sérieux

C'est ce qui explique pourquoi cette ~~façon~~ maladie a été si longtemps méconnue et pourquoi aujourd'hui sa description laisse tant à désirer ; mais j'ai montré que c'était une forme parfaitement distincte des autres formes, qu'elle devait être détachée et avoir une description spéciale. C'est en cela qu'il y a un vrai progrès dans la pathologie mentale.

Esquirol, Pinel et tous leurs élèves ne connaissaient pas cette

forme qui n'a été décrite que par mon père et M. Baillarger, par conséquent depuis 1854. C'est une forme nouvelle de maladie mentale.

Dans la prochaine séance j'insisterai sur une autre forme également nouvelle, dans une certaine mesure et que M. Lasègue a appelé « le délire de persécution » maladie qui a été l'objet d'une monographie de la part de Legrand Du Saulle et qui a attiré l'attention des aliénistes depuis

30 ou 40 ans d'une manière spéciale. Je chercherai à montrer que ce délire ne repose pas seulement sur une idée fixe, mais sur un ensemble de faits connexes, d'une marche déterminée, par conséquent sur un ensemble de caractères qui permettent de la constituer à l'état de forme spéciale et de la détacher des autres variétés de la mélancolie, ce qu'on a pas encore fait d'une manière assez nette et précise.

30 Novembre 1884.

Messieurs,

Je vais continuer aujourd'hui l'étude des formes nouvelles de maladie mentale.
Je vous ai déjà dit, à la dernière séance, ce que l'on entendait par formes nouvelles. Ce ne sont pas des états nouveaux, de nouvelles

maladies, ce sont des formes nouvellement décrites, des variantes dans la description et non pas dans l'existence même des ~~la~~ maladies.

Je vais m'occuper aujourd'hui du délire de persécution. Ce mot représente, en réalité, une forme nouvelle de maladie mentale : c'est une forme détachée de la mélancolie d'Esquirol. Comme je vous l'ai dit dans la première leçon, la mélancolie d'Esquirol, comprend

un nombre de faits incommensurable, très considérable, des faits très disparates et qui demandent à être séparés, en quelque sorte distincts ; seulement ce travail de classification est encore très imparfait dans l'état actuel de nos connaissances. C'est un travail qui appelle de nouvelles recherches, des recherches importantes pour l'avenir.

Mais, en somme, nous pouvons faire de grandes coupures

dans cette forme générale de mé-
lancolie qui est si mal divisée
dans Esquirol et dans les au-
teurs qui l'ont suivi ; nous
pouvons, selon moi, adopter une
classification de la mélancolie
en quatre groupes principaux.
Nous avons la mélancolie sans
délire ou mélancolie avec cons-
cience dont j'aurai à vous
parler dans une prochaine
séance, à propos de la folie
avec conscience et des états
émotifs ; nous avons, d'autre

part, la mélancolie dite avec stupeur ou stupidité à divers degrés, que Monsieur Baillarger a bien décrite en 1843, et qui, depuis cette époque, a été étudiée d'une manière spéciale sous ce nom de mélancolie dépressive, ce qui est le premier degré, sous ce nom de stupidité, j'aurai à vous parler de cet état dans la prochaine séance.

Nous avons enfin une troisième forme mélancolique que l'on peut appeler la mélancolie anxieuse sur laquelle j'aurai soin d'insister

à la prochaine séance, où je parlerai de ces trois états mélancoliques différents.

Enfin, comme quatrième forme, nous avons le délire de persécution dont je vais vous entretenir. Ce délire de persécution ne paraît pas déterminé exactement aujourd'hui, dans l'état de la science, plusieurs auteurs ne l'admettent pas. Les élèves directs d'Esquirol n'admettent pas le délire de persécution comme forme distincte, spéciale de maladies mentales. Je vais

chercher à vous prouver aujourd'hui que cette forme existe bien et qu'elle mérite d'être distinguée.

Dans Esquirol, on ne trouve pas le mot de délire de persécution. Le mot de persécution se trouve dans quelques observations isolées, parceque les malades l'emploient et Esquirol qui était un excellent observateur, a eu soin de mentionner ce mot, au milieu des autres paroles employées par les aliénés; mais pour Esquirol la mélancolie reposait sur 3

faits principaux, la tristesse, la défiance et la crainte.

Or, vous pouvez remarquer en passant que ces trois mots correspondent presque aux trois formes dont je parlais tout à l'heure. La défiance correspond au délire de persécution ; la tristesse correspond à la mélancolie dépressive. De sorte que ces trois ~~grands~~ mots, car la crainte correspond à la ~~tristesse~~ mélancolie anxieuse ces trois grands mots, dis-je, employés par Esquirol, correspondent assez exactement aux

trois formes principales de la mélancolie dont je vous parlais tout à l'heure. Le mot de persécution n'est réellement entré dans la science que depuis 1852. C'est monsieur Lasègue qui, le premier, dans un mémoire publié dans les archives de médecine, et lequel a été reproduit dans ses oeuvres posthumes, a donné ce nom de : délire de persécution à cette catégorie particulière de mélancolie. Depuis cette époque, ce nom est entré en quelque sorte furtivement dans la science ; il y est entré par-

tout à la fois.

Monsieur Legrand du Saulle, a fait un livre sur le délire de persécution, dans lequel il a cherché à collectionner, à réunir les principaux faits relatifs à cette forme de maladie, je veux dire à cette forme de mélancolie.

Depuis lors, en Allemagne, en Angleterre, dans tous les traités de maladies mentales, ce délire de persécution est entré dans la science et il y a acquis droit de cité sans qu'il ait été nettement

déterminé par les auteurs qui s'en sont servis. Aujourd'hui ce mot est tellement entré dans la science qu'on en abuse, et on l'applique à des états auxquels on ne devait pas l'appliquer. On l'applique souvent à la mélancolie anxieuse, ce qui est une grande erreur, attendu que le délire de persécution consiste surtout dans des accusations que les malades font contre le monde extérieur, tandis que dans la mélancolie anxieu

les malades s'accusent eux-mêmes

Les mélancoliques anxieux se croient coupables, ils se croient condamnés, s'accusent eux-mêmes, se croient voués au démon, se croient capables de toutes les manières, indignes, ruinés, ils s'accusent eux-mêmes; les persécutés au contraire, accusent les autres. Il y a là une distinction fondamentale qui sépare très nettement le délire de persécution de la mélancolie anxieuse

indignes, ruinés, ils s'accusent.
Quoiqu'il en soit, depuis cette époque, c'est à dire depuis 1852, le mot de délire de persécution est entré dans la science et on s'en sert aujourd'hui à tout propos. Il importe donc de faire une première distinction sur laquelle M. Lasègue avait soin d'insister beaucoup dans les dernières années de sa vie. Il y a quel- des idées de persécution dans presque toutes les formes de maladies mentales; les maniaques les plus prononcés ont parfois des idées de persécution. La plupart des démences chroniques, la plupart des démences

séniles, ont des idées de persécution. Il y a des idées de persécution dans le délire infantile, dans la plupart des formes mentales ; il y en a surtout dans le délire alcoolique sur lequel j'insisterai tout à l'heure, à propos du diagnostic différentiel, car le délire alcoolique tel que M. Lasègue l'a décrit, sous le nom d'alcoolisme subaigu est évidemment un délire de persécution avec des (signes) particuliers.

Pour décrire le délire de persécution essentiel, il faut donc commencer

par éliminer toutes ces idées de persécution qui arrivent accidentellement et accessoirement dans d'autres formes de maladies mentales et qui arrivent même d'une manière principale dans le délire alcoolique. Il faut chasser, il faut écarter tous ces faux délires de persécution pour ne décrire que celui qui mérite le nom de délire de persécution essentiel, et que je vais chercher à vous caractériser et à vous décrire en indiquant en même temps les diverses périodes par lesquelles passent les malades qui en sont atteints.

Le délire de persécution est tellement fréquent, il se rencontre si souvent chez l'homme et chez la femme qu'il constitue à lui seul un quart de tous les malades aliénés qui sont enfermés dans les asiles. Si vous mettez d'un côté les paralytiques généraux, de l'autre les persécutés, vous avez presque la moitié des aliénés qui sont enfermés dans les asiles.

Le délire de persécution est donc une maladie mentale extrêmement fréquente qui mérite, par cela même, une étude très attentive.

~~qui mérite par cela même, une étude très attentive.~~

Il est difficile de faire cette étude en une seule leçon : je ne pourrai que donner les linéaments, les traits généraux de la description de cette maladie.

Pour décrire le délire de persécution, il convient de le diviser en 4 périodes ; nous allons parcourir successivement ces 4 périodes. Le délire de persécution remonte souvent à une période très peu avancée de la vie, c'est-à-dire à l'enfance.

Lorsqu'on étudie rétrospectivement le passé des persécutés, on s'aperçoit que, dès leur enfance, pendant qu'ils étaient au collège, dans les pensions, ces malades ont manifesté dès leur jeune âge des dispositions spéciales; ils étaient tristes, ils s'isolaient de leurs camarades, ils n'avaient pas d'amis, ils se tenaient à l'écart, ils étaient à l'état de défiance vis-à-vis des enfants de leur âge, ils ne participaient pas aux jeux et aux di-

verses récréations des enfants; ils se tenaient à l'écart. De sorte que, dès la jeunesse, dès l'école, le collège, on constatait chez un certain nombre de ces malades ~~te~~, comme les premiers linéaments de cette disposition à la défiance, au soupçon, à l'isolement; mais, en général, c'est surtout à partir de la puberté qu'on commence à voir ces caractères se manifester chez les individus qui, plus tard, seront atteints du véritable délire de persécution. On rencontre souvent dans le monde

des jeunes gens, des personnes, qui sont très différentes des autres, qui se tiennent à l'écart, qui s'isolent, qui sont tristes, qui vivent loin des amis de leur âge, ayant un mode d'existence tout à fait anormal, différent des autres; ces individus s'enferment, s'éloignent, ils ont peu de rapports avec la société, ils se méfient, ils croient voir des ennemis partout, ils sont, dès leur jeune âge, disposés à cette maladie qui prend plus tard un développement

considérable. C'est une remarque importante à faire : que la plupart des persécutés ont eu, dès le début, un caractère spécial, un caractère défiant, triste, soupçonneux ; qu'ils étaient disposés à l'isolement, à la solitude, disposés à prendre facilement en grippe leurs parents, leurs amis, les personnes avec lesquelles ils vivaient.

Il y a, dans le caractère antérieur de ces aliénés un signe qui est important à constater ; ce n'est point constant, ça n'est

pas général, mais c'est très fréquent; il y a certainement des malades qui ont eu autrefois un caractère actif, téméraire, entreprenant, audacieux, mais ce sont des cas exceptionnels, dans la majorité des cas, le caractère de ces aliénés s'est manifesté dès la jeunesse, dès l'âge de la puberté. C'est ce qui fait qu'il est difficile de remonter à l'origine vraie du mal, c'est à dire à son point de départ, à sa

première période. La plupart de ces malades ont passé des années entières dans la solitude, dans l'isolement, avec les dispositions dont je vous parlais tout à l'heure, et ce n'est que peu à peu, lentement, d'une manière latente, souterraine, que s'est développé le délire.

Or, pour connaître ces premières manifestations du délire, il faut que le malade lui-même fasse des confidences à quelque ami.

Tout se passe dans le for intérieur, dans l'intimité de la conscience. Ces malades vivent à l'écart parce qu'ils croient qu'on leur en veut, qu'on veut leur faire du mal ; ils accusent toutes les personnes qui les entourent, ils cherchent dans les faits les plus insignifiants de la vie habituelle des preuves à l'appui de leur défiance et de leurs soupçons.

C'est ainsi que naît et se développe successivement, lentement,

le délire de persécution : tout se passe dans le for intérieur, et si vous n'avez pas les confidences du malade lui-même, vous pouvez parfaitement ne rien savoir des manifestations du délire qui existe déjà d'une manière évidente dans l'intimité de la conscience du malade. Il faut quelques faits exceptionnels pour attirer l'attention sur le délire qui existe souvent depuis longtemps déjà.

Ces faits se produisent de temps

en temps. Ces malades s'imaginent qu'on les regarde, qu'on se moque d'eux, qu'on les tourne en ridicule ; ils s'attribuent, quand ils passent dans les rues, toutes les paroles qu'ils entendent autour d'eux. Dans leur voisinage, dans les magasins, ils croient qu'on parle mal d'eux, qu'on les insulte, ils interprètent contre eux tous les faits du monde extérieur

C'est là, le premier degré d'interprétation, c'est le fait

capital, fondamental important à noter. Eh bien, il arrive que ces malades, lorsqu'ils ont un caractère violent en même temps que dé_fiant, se portent à des voies de faits d'une manière tout à fait inattendue; ils rendent un souf_flet répondant à une prétendue insulte; ils feront un acte exté_rieur qui souvent sera la première manifestation apparente de la maladie.

C'est ainsi que quelques persé-
cutés sont observés dès le début
de la maladie ; mais en géné-
ral, tout se passe dans le
for intérieur ; personne n'est té-
moin de ces modifications qui se
passent dans l'intimité même
de l'individu, du malade.

C'est pourquoi lorsqu'on
amène au médecin, le malade
persécuté, très souvent il se
trompe complètement sur l'é-
poque du début de la ma-

ladie remonte à six mois, un an, et quelquefois elle remonte à plusieurs années et jusqu'à l'enfance.

Ces malades dissimulent, la plupart du temps, leur délire dans toutes les premières périodes. C'est encore là une nouvelle cause d'erreur. Le persécuté a honte, en quelque sorte, des accusations qu'il adresse aux personnes qui l'entourent; il cherche des preuves, il cherche autour de lui des démonstrations, et, avant de parler de ses préoccupations, il cherche à établir tout un dossier

d'accusations basées sur des mots, sur des gestes, sur des attitudes, sur des faits insignifiants, et comme l'a encore très bien dit Mr Lasègue dans son mémoire sur le délire de persécution, chose remarquable, les persécutés, au lieu de s'en prendre aux grandes passions de la nature humaine, à la jalousie, à l'intérêt, à l'envie, à toutes les passions enfin qui font mouvoir l'humanité, et d'accuser les personnes qui les entourent

de nourrir contre eux ces sentiments de jalousie, de haine, portent toutes les accusations sur <u>des niaiseries</u>, sur <u>des misères</u>. Ce sont les mots que les malades emploient; ils disent = on me fait des misères, on me fait des méchancetés, on me tourmente, on m'en veut, on me fait des taquineries, de sorte que les accusations des persécutés portent beaucoup plus sur les faits les plus insignifiants de la vie habituelle que sur les grands faits, les faits fondamentaux qui

dirigent ordinairement l'humanité.

Une autre observation faite également par M. Lasègue, est celle-ci, c'est que les persécutés remontent en général assez haut dans les accusations qu'ils portent contre leur entourage ; ce ne sont pas des faits nouveaux, des faits récents ; ce sont des faits très anciens souvent qui deviennent l'objet de leur attention. Cela est très remarquable. Les aliénés, au lieu de se plaindre des faits de la veille, de l'avant-veille,

dont ils auraient pu accuser tout aussi bien que de faits plus anciens, remontent en général vers le passé, très loin ; il y a un an, dix-huit mois, qu'on leur a fait telle ou telle ou telle chose, et c'est en revenant constamment sur le passé qu'ils arrivent à bâtir des accusations qui leur paraissent extrêmement probantes et qui deviennent la base de leur système d'accusation délirante.
Le delire de persécution est très difficile à observer à cette période, parceque le médecin n'est pas ap

pelé, qu'il a rarement l'occasion de voir les malades dans ces conditions et que les malades eux-mêmes dissimulent et conservent leur délire dans leur for intérieur, sans le manifester par aucun acte, ni par aucune parole. Cependant il arrive souvent à cette période, que les malades manifestent leur délire par des actes. Ainsi, ils changent de domicile, ils se croient tourmentés dans la maison qu'ils habitent, ils déménagent, ils changent de restaurant, car ils s'ima-

gineut qu'on a voulu leur faire du mal, leur nuire, introduire des substances nuisibles dans leurs aliments, ils changent d'hotel et font des voyages.

Monsieur Foville a fait sur ce sujet un mémoire très interessant pour montrer que beaucoup de persécutés sont migrateurs, et que, non seulement ils changent de domicile dans la même ville, mais encore qu'ils changent de ville et même de pays; ils vont voyager à l'étranger, et, chose assez remarquable, à cette période

encore peu avancée de la maladie, ces voyages, ces déplacements, ont quelquefois un effet thérapeutique momentané ; c'est à dire que le malade qui s'est déplacé pour échapper à ces hallucinations, à ces persécutions, éprouve une période de rémission pendant quelque temps, quelquefois pendant quelques semaines, pendant quelques mois. C'est ce qui donne une sorte de justification à son délire.

Il voyage, il va en Suisse, en

en Allemagne, et dans les premiers temps, il n'éprouve plus au même degré les craintes, les défiances, qui l'obsédaient, pendant qu'il séjournait à Paris par exemple ; mais bientôt la maladie reprend son cours et les mêmes phénomènes se reproduisent et se renouvellent.

Monsieur Foville a insisté avec raison sur ce fait de l'influence des voyages que les persécutés font eux-mêmes pour échapper aux ~~observations~~ -sessions dont ils se croient l'objet, aux obsessions de leur délire

Dans d'autres cas ces malades se livrent à des actes violents ; ils insultent en public une personne par laquelle ils croient avoir été insultés ; ils sont ainsi à l'état de légitime défense. Ils lui donnent un soufflet sur la voie publique, sur le boulevard, dans une rue, ils interpellent les passants, en un mot ils font des manifestations publiques.

Dans d'autres cas, et c'est le plus fréquent, ils éprouvent le besoin de se plaindre aux autorités ; ils écri-

vent des lettres aux magistrats, au président de la république, au commissaire de police, et c'est ainsi la plupart du temps qu'il se fait prendre, se font enfermer le plus souvent. Les persécutés viennent d'eux-mêmes se faire prendre dans la souricière, pour ainsi parler, ils viennent eux-mêmes se dénoncer, ils éprouvent le besoin de se faire protéger par l'autorité, ils écrivent des lettres, ils viennent faire des réclamations, des plaintes, et c'est alors qu'on constate leur délire et qu'on les conduit dans les asiles

d'aliénés. C'est presque toujours ainsi qu'à Paris surtout les persécutés sont enfermés dans les asiles ; aussi il arrive quelquefois que dans Paris, que des persécutés qui ne se plaignent pas, qui conservent leur délire pour eux-mêmes, restent en liberté pendant des années. Il y a Paris encore aujourd'hui, malgré le nombre d'asiles d'aliénés, beaucoup de malades qui vivent en liberté pendant les périodes les plus prolongées de leur maladie, de leur délire de

persécution, parce qu'ils ne vont pas se plaindre ; ils ne s'accusent pas eux-mêmes et on les laisse en liberté. Il y aurait un chapitre interessant à faire sur l'état des persécutés en liberté dans une grande ville comme Paris.

Cette période qui se passe presque toujours en dehors des asiles, est la première période du délire de persécution, on peut la désigner par le mot de période d'interprétation délirante. A cette époque les malades interprètent contre eux-

mêmes tous les faits les plus insi-
gnifiants du monde extérieur. Ils
voient partout des ennemis, ils
voient partout des accusations
dans leur entourage. Ils se plai-
gnent des gestes, des attitudes,
des paroles les plus insignifian-
tes prononcées autour d'eux.

C'est la période d'interpré-
tation délirante qui est sou-
vent extrêmement longue, qui
peut durer des années. Cepen-
dant, le plus souvent, dans
cet état d'interprétation délirante

l'hallucination de l'ouïe commence
commence en quelque sorte à s'es-
sayer peu à peu et à se former
lentement et successivement. Il
y a là une transformation
psychologique des plus interes-
santes à étudier.

Le malade commence à éprou-
ver ce que nous appelons des il-
lusions, c'est à dire des inter-
prétations délirantes sur les sen-
sations extérieures ou les sensa-
tions interieures, car il y a 2
modes d'évolution du délire

de persécution à cette période :
il y a des persécutés qui ont
des sensations hypocondriaques,
c'est un fait sur lequel le
docteur Morel a beaucoup in-
sisté dans divers ouvrages.
Il indique que le délire de per-
sécution commence assez souvent
par l'hypochondrie, par des
sensations nerveuses, par des bruits
que les malades interprètent et
qu'ils attribuent à leurs ennemis.
Il y a l'interprétation délirante

portant sur des sensations internes, sur des sensations hypocondriaques. L'hypocondrie précède souvent le délire de persécution, de même qu'elle peut se rallier à la troisième période, ainsi que je vous en parlerai tout à l'heure.

Dans d'autres cas, les cas les plus fréquents, les malades interprètent les sensations extérieures. Ils voient passer dans les rues des personnes qui parlent entre

elles, ils croient qu'on chuchote, qu'on parle d'eux, ils croient entendre les paroles.

En effet, très souvent les paroles qu'ils entendent sont réelles; seulement elles sont mal interprétées, et c'est presque toujours par cette voie de l'illusion sensorielle que l'hallucination de l'ouïe arrive peu à peu.

On commence par éprouver des sensations vraies, on les transforme par l'imagination en sensations

maladives et peu à peu on s'essaie à l'hallucination de l'ouïe. C'est ainsi que l'on peut étudier la génération de l'hallucination de de l'ouïe chez les persécutés. Quel que soit le mode de production psychologique du phénomène, il il est presque constant, dans le délire de persécution vrai et légitime ; presque toujours les délires de persécution ont des hallucinations de l'ouïe qui se produisent en quelque sorte

subrepticement, qui arrivent peu à peu, sans qu'on puisse assister au moment de leur naissance, mais à un certain autre moment quand on observe les malades, on constate qu'ils entendent du bruit, qu'on leur parle à travers le plafond, les murailles et qu'on prononce, en général, des injures, des insultes, et des mots isolés ou des phrases très courtes, car, chose remarquable, à cette première période, l'hal_

lucination de l'ouïe se borne à des mots ou à de petites phrases, à des mots impératifs, à des mots insultants ou grossiers. On les insulte ou bien on leur donne des ordres impératifs :

— Le voilà !
— C'est elle !
— C'est lui !
— Tue-le ! etc

Des phrases qui sont prononcées par les hallucinations, qui deviennent impératives très souvent, et qui sont la cause d'actes

violents, d'homicides ou même de suicides.

L'hallucination de l'ouïe qui est un fait essentiel dans le délire de persécution, se produit donc ordinairement sous cette forme successive.

Elle procède de l'illusion sensorielle, elle arrive à l'hallucination vraie, et elle arrive sous la forme de mots isolés, de mots très courts et de mots constamment les mêmes, qui sont répé_

tés au malade de manière à le fatiguer, à l'irriter et à le pousser à l'action.

Cette production de l'hallucination de l'ouïe est un fait capital dans l'évolution du délire de persécution, et constitue le début de la seconde période, période que l'on peut appeler: période de l'hallucination de l'ouïe.

La 1re période est la période d'interprétation délirante.

La 2me, est la période de l'hallucination de l'ouïe, c'est la

période d'état, c'est la période où la maladie est réellement constituée à l'état définitif, c'est la période qui commence à la systématisation délirante.

Mon père, dans son ouvrage, a insisté avec beaucoup de raison sur les trois périodes qui caractérisent l'évolution des idées fixes, en général chez les aliénés, ceci s'applique surtout aux idées de persécution.

D'après la description faite par mon père, la première période est une période d'incubation, est une période où les idées, au lieu d'être fixes, sont encore à l'état flottant, mobile; incertain; le malade flotte entre plusieurs directions délirantes; il cherche des preuves à l'appui de ses préoccupations d'un autre ordre, à l'appui de ses idées qui sont en voie de formation; c'est la période d'incubation ou d'é

laboration délirante ; puis suivent
c'est la période d'incubation ou d'élaboration délirante ; puis suivent
la la période de systématisation
Peu à peu le malade arrive à se
créer un roman, un petit système,
une organisation du délire qui
intervient, un point fixe auquel
il se rattache, et qui constitue
alors la maladie parfaitement
caractérisée. Eh bien, cette période
de systématisation existe surtout

dans le délire de persécution.
C'est peu à peu, très lentement, quelquefois très rapidement, suivant les individus, que le délire arrive à se systématiser. Or, cette systématisation mérite d'être étudiée avec détail.
Dans le délire de persécution, il y a trois espèces de systématisation :
Première catégorie, persécution vague. Les malades accusent des personnages anonymes : <u>on</u> ; <u>on</u> m'en

me tourmente, <u>on</u> me fait des misères, <u>on</u> me persécute; <u>on</u>. Ils ne peuvent pas préciser quelle est la nature de la persécution dont ils sont l'objet, mais ils se sentent persécutés, ils ont des ennemis, on leur en veut, on les persécute, et ils ne savent pas d'où vient cette persécution, ils ne savent pas à qui l'attribuer. C'est la persécution à l'état vague; ceci est très fréquent

Beaucoup de malades n'arrivent pas à une période de systématisation plus avancée, et souvent pendant pendant plusieurs années le délire ne marche pas vers la systématisation régulière. Il y a des malades qui sont depuis plusieurs années dans des asiles d'aliénés, et qui cependant sont encore à l'état de persécution vague.

Chez d'autres, au contraire, et ce sont les plus nombreux, la persécution prend la forme collective. Au lieu d'accuser vaguement des ennemis

des ennemis imaginaires, le malade accuse des influences occultes, des influences générales. C'est le cas le plus habituel, le plus constant, et ces influences générales varient ~~selon~~ suivant les époques spéciales.
Au moyen âge, c'était le diable, la sorcellerie, les démons, les influences démoniaques.
Aujourd'hui, c'est la police d'une manière principale, c'est le magnétisme, l'électricité, la physique, les sciences occultes, les Jésuites, les francs-maçons

ou les sociétés secrètes.

Voilà, à peu près, les différentes catégories d'influences générales que les malades accusent et qui deviennent l'objet de leur systématisation délirantes.

Dans la plupart des cas où l'on peut peut observer les persécutés, ils vous diront : Je suis victimes des francs-maçons, de la police, des Jésuites, des sociétés secrètes.

Ils ne sortent pas beaucoup de ces différentes sphères d'influences géné-

rales occultes et secrètes.
C'est là la seconde catégorie de systématisation délirante.
Voici maintenant la troisième :
Ce sont les cas où les persécutés personnifient leur délire. Il n'y a plus seulement le personnage : on
il n'y a plus seulement les influences générales et secrètes ; ils accusent telle ou telle personne en particulier ; c'est tel prêtre, tel médecin, tel parent, tel ami, qui devient l'objet de leur haine, de leur persécu-

persécution et qui devient le seul persécuteur dont ils aient à se plaindre.

En un mot, ils personnifient leur délire.

C'est une catégorie sur laquelle Monsieur Lasègue encore a insisté avec beaucoup de raison, et il a eu soin d'ajouter :

— C'~~est~~ qui est un fait important dans l'histoire du délire de persécution, c'est que ces persécutés qui personnifient leur délire, deviennent persécuteurs à leur tour ; d'aliénés persécutés, ils

ils deviennent aliénés persécuteurs.

C'est un fait très important à noter dans l'histoire du délire de persécution.

Il est important, même comme observation morbide, psychologique du malade, et il est important surtout au point de vue des conséquences pratique et des conséquences légales : tandis que les malades qui accusent des influences générales, ne savent à qui s'en prendre et ils sont obligés d'exhaler leurs plaintes, d'une

manière générale et vague qui n'a-
boutit à aucun fait particu-
lier à aucun fait particulier, au
contraire, qui personnifient leur
délire ont un moyen de ven-
geance à leur disposition et,
le plus souvent ils poursuivent
avec une ténacité et une énergie
de volonté énorme, pendant plu-
sieurs années leur vengeance
et leur but de se venger, de
de se défendre, de se protéger con-
tre un persécuteur imaginaire

De sorte que ces malades qui ont personnifié leur délire deviennent très souvent des criminels, des homicides et paraissent devant les ~~ser~~ tribunaux pour tentatives d'actes violents ou même d'ac amenant la mort.

Au point de vue de la médecine légale, cette distinction est des plus importantes pour la responsabilité.

C'est sous ces trois formes différentes que se présente le délire de persécution que l'on observe

dans les asiles d'aliénés et même dans la société.
A cette période, le délire est systématisé, c'est la vraie période d'état.

Cette période dure pendant très longtemps, pendant des années, seulement elle présente de nombreuses rémissions et de fréquents paroxysmes.

Il importe de noter que le délire de persécution est une maladie essentiellement rémittente. C'est un fait qui n'est pas généralement connu des médecins et encore moins

des magistrats. Ils ne peuvent point admettre qu'un aliéné puisse être différent de lui-même, suivant les moments où on l'observe.

Quand on a observé un aliéné dans un moment, on conclut qu'il doit être toujours semblable à lui-même.

C'est là une grave erreur pour tous les aliénés et pour les persécutés en particulier.

Il y a des malades qui, pendant leurs accès sont évidem-

ment aliénés aux yeux de tous, leur délire est tellement complexe, tellement étendu, malgré son caractère partiel, ce délire est tellement évident évident que personne ne peut le contester; pendant les paroxysmes, le malade accuse des hallucinations de l'ouïe: on l'insulte, on parle à travers les plafonds, les murailles, il entend des ennemis imaginaires, qu'il ne voit pas, dont il ne peut pas démontrer l'existence

Son délire est très évident aux yeux de tous, mais il est très ~~évident~~ différent dans d'autres périodes de la maladie, et ces périodes sont souvent très longues, très prolongées. Il y a des périodes de rémission et de dissimulation, tellement prononcées que le médecin lui-même hésite pour savoir s'il a affaire à un malade guéri ou à un malade à l'état de rémission.

Les persécutés sont, tous

ce rapport les plus difficiles à observer de tous les aliénés. Il y a dans tous les malades, un système de dissimulation et les asiles renferment des malades qui dissimulent si bien leur délire, qui arrivent si bien à le cacher et même à le nier que le médecin lui-même hésite et quelquefois remet en liberté des malades dont le délire se manifeste plus tard de nouveau.

Il importe beaucoup d'insister, dans l'histoire du délire

de persécution, sur ce fait capital : que c'est un délire rémittent, essentiellement, et que, pendant les périodes de rémittence, les malades sont capables d'une profonde dissimulation : la dissimulation existe chez eux au plus haut degré.

Ils arrivent à nier leur délire, ils disent au médecin qui les a observés pendant quelques mois, auquel ils ont avoué leur délire, ils disent qu'ils n'ont

jamais pensé à cela, qu'ils n'ont jamais dit cela, que c'est un mensonge, que les faits sont faux, qu'ils n'ont jamais entendu de voix; ils nient tous les faits qui ont caractérisé leur délire, et dans ces conditions, quelquefois les expertises médico-légales sont extrêmement difficiles.

Nous voyons, tous les jours, à Charenton et dans d'autres asiles, ou même chez les malades en liberté, des médecins experts con-

naissant parfaitement cette maladie du délire de persécution et passant plusieurs heures, plusieurs journées à étudier ces malades, ne pas arriver à constater le délire, éprouver des doutes, beaucoup de difficultés, parceque le malade dissimule absolument sa maladie, et même il arrive tous les ans que des malades sont remis en liberté soit par les médecins, ce qui est plus

soit par les magistrats, ce qui est plus fréquent, dans ces périodes de rémission du délire de persécution.

Cette période de systématisation serait très longue à étudier si on voulait pénétrer dans tous les détails de l'observation, mais le temps me presse et je suis obligé d'arriver de suite à la période suivante.

Le malade reste très longtemps à cet état de période de systématisation; les années s'écoulent et

les malades ne se modifient pas d'une manière très sensible.
Il y a des alternatives de paroxysmes et de rémission ; mais, après plusieurs années, on retrouve l'aliéné à peu près semblable à lui-même.
La marche d'évolution de cette maladie est très longue ; cependant, peu à peu, on constate chez ces aliénés, une extension du délire, et cette extension porte surtout sur des phénomènes de la sensibilité générale.

Ces malades ne se bornent plus à dire qu'ils entendent des voix qui les insultent, que leurs ennemis leur adressent des injures ou des attaques personnelles ; ils vont plus loin : on les frappe, on leur tortille les chairs, on leur tortille les intestins, on leur arrache les testicules, on leur lance des odeurs, des odeurs de soufre, des odeurs de cadavre, on les pince, on les pique, on leur fait éprouver toutes sortes de sensations

soit sur la peau, à l'extérieur du corps, soit dans l'intérieur même des entrailles. Il y a là une période nouvelle dans laquelle dominent les hallucinations de la sensiblité générale, la plupart des persécutés, arrivés à la période d'état, n'ont pas seulement des hallucinations de l'ouïe, ils ont des hallucinations de la sensiblité générale, des hallucinations analogues à

celles des hypocondriaques. C'est ce qui me faisait dire tout à l'heure que ces phénomènes hypocondriaques qui existent quelquefois dans le début du délire se reproduisent souvent à la troisième période.

Cette période est très lente, comme la précédente; elle est caractérisée surtout par ces hallucinations de la sensibilité générales qui viennent encore s'ajouter aux hallucinations de l'ouïe

Il y a encore une autre fait très important à signaler : ce sont les hallucinations génitales qui sont une sorte de dépendance des hallucinations de la sensibilité générale

La plupart des aliénés persécutés ont des sensations génitales anormales, aussi bien les hommes que les femmes et leur délire porte très souvent sur ces sensations.

Les hommes se plaignent qu'on les châtre, qu'on leur fait éprou-

ner des sensations génitales variées ; ils se plaignent des tortures qu'on leur fait subir.

Les femmes, encore plus, ont des hallucinations génitales qu'elles ne veulent pas avouer la plupart du temps, mais dont elles font quelquefois la confidence avec une sorte d'empressement lorsqu'elles ont confiance dans le médecin auquel elles font ces confidences.

Les femmes ont presque toutes

des hallucinations génitales : elles se croient enceintes, elles croient être livrées aux actes les plus étranges, pendant le jour, pendant la nuit.

Elles détaillent d'une manière, souvent très précise, toutes les sensations qu'elles éprouvent.

Elles rentrent, sous ce rapport, dans la description des incubes, des succubes, qui ont été décrites avec soin dans les auteurs du moyen-âge à

qui ont été décrites avec soin dans les auteurs du moyen-âge à propos de la démonomanie. Il y a, en un mot, chez la plupart des persécutés, hommes et femmes, des sensations génitales très variées qui viennent s'ajouter aux sensations de la sensibilité générale.

Il y a là un élément d'observations très importantes à suivre.

Mais ce n'est pas là le seul caractère de cette troisième période: le caractère le plus important encore, c'est la transforma-

tion des hallucinations de l'ouïe qui mérite de fixer l'attention.

Je vous disais tout à l'heure que, dans la première période et dans la seconde, les hallucinations de l'ouïe avaient un caractère isolé : des mots isolés et des phrases très courtes que les malades entendaient de temps en temps d'une manière accessoire, incidente et non pas constamment.

Eh bien! dans la troisième

période, l'hallucination de l'ouïe se transforme. Du monologue elle tourne au dialogue ou même à la conversation. Il y a là une transformation de l'hallucination de l'ouïe qui est extrêmement intéressante à étudier et qui est presque constante.

La plupart des malades arrivés à cette période vous disent (et c'est un caractère clinique important à signaler) vous disent :

— « Je ne suis plus maître de ma pensée, on me vole mes idées, on me les prend; on les colporte dans l'univers, on les répète dans les journaux. Vous savez cela tout aussi bien que moi, puisque tout le monde le sait. —

Toutes mes idées me sont volées, me sont prises; je ne suis plus maître de ma pensée. Il y a là un fait caractéristique du délire de persécution arrivé à la troisième période; ces

malades se dédoublent en quelque sorte, il y a dédoublement de la personnalité, il y a l'individu, le *moi* qui se sent maître de sa personne, qui cherche à conserver ses idées et il y a l'autre individu, le second *moi* qui s'empare de ces idées, qui les répercute au dehors, qui les répand, il y a échange d'idées, demande et réponse, conversation mentale qui devient le fait caractéristique de cette période du délire de persécution.

Au moyen âge, on avait déjà

observé cette lutte intérieure, dans la démonomanie qui n'était pas autre chose que le délire de persécution appliqué au diable.

Cette lutte intérieure existait entre le principe du bien et le principe du mal, entre Dieu et le diable, le bon et le mauvais génie

Ce dédoublement de la personnalité a été très bien signalé par les théologiens, par les auteurs mystiques comme Dom Calmet

et les médecins qui se sont occupés de la démonomanie au moyen âge ; tous les auteurs mystiques ont signalé le dédoublement de la personnalité et monsieur Baillarger l'a fait ressortir également dans ses mémoires sur les hallucinations.

Eh bien, c'est un fait caractéristique dans le délire de persécution aux périodes chroniques, c'est à dire à la 3me période = Les malades ont presque tous

les personnalités dédoublées et dédoublées à divers degrés, et, d'après le degré de dédoublement on peut juger du degré d'ancienneté de la maladie.

Au premier degré, le malade se borne à avoir la conversation mentale qui est une chose presque normale chez l'homme, c'est à dire qu'il se parle à lui-même, mais il se dédouble peu à peu; cette conversation mentale est constituée par

deux individus qui font, l'un la demande, l'autre la réponse.

C'est là le 1er degré de ce dialogue, mais bientôt la séparation entre les deux individus devient de plus en plus complète et l'un des deux passe dans le monde extérieur au lieu de rester dans le monde intérieur.

Il y a deux personnages qui se répondent : l'un des deux, celui qui fait la réponse, passe dans le monde extérieur et s'extériorise ; il est dans les plafonds, dans

les murailles, au dehors, et répond à la pensée de l'aliéné.

L'aliéné a une pensée qui lui est volée, elle est connue, et immédiatement, il entend la réponse, et la réponse venant du dehors.

C'est une sorte d'écho de sa propre pensée.

Ce phénomène est extrêmement fréquent et tout à fait caractéristique. Il méritait d'être étudié avec attention.

Plus tard enfin, dans une période plus avancée, il y a

ce fait très singulier que la personnalité du malade, semble disparaître. Ces malades disent eux-mêmes : Je suis possédé, je ne suis plus maître de ma personne, je suis dominé par une personnalité étrangère, et il arrive alors que les idées leur sont enlevées même avant qu'ils aient eu le temps de les commencer.

Alors ils n'ont plus conscience du premier temps de l'opéra-

-tion ; ils conçoivent la pensée mais elle leur échappe ; elle est prise par l'individu qui la leur vole et qui y répond avant même que le malade ait eu conscience de sa production. Il en résulte ce fait assez bizarre, que ces malades disent souvent : On me dit des bêtises, on me dit des choses ridicules, grotesques, auxquelles je n'aurais jamais songé moi-même, des choses tout à fait étranges et même

on me parle dans une langue étrangère, on me dit des choses que je ne comprends pas, qui m'étonnent, auxquelles je n'ai même jamais pensé.

Il y a donc là une période très avancée de l'hallucination de l'ouïe, qui constitue le dernier degré de cette bifurcation de la personnalité.

Ce serait là le sujet d'une étude extrêmement intéressante, qui a été faite en partie mais pas encore d'une manière complète.

Chose remarquable, la plupart de ces malades ont plusieurs voix, entendent plusieurs voix.

Dans cette période chronique, ils entendent des voix différentes dont ils connaissent le timbre et dont ils reconnaissent l'identité.

Ils disent :

– C'est la voix de telle personne, c'est la voix de telle autre.

Les unes leur donnent de bons conseils, les autres de mauvais.

Il y a des voix bonnes conseillères et des voix mauvaises

conseillères. Ils sont presque tou-
jours partagés en deux, entre l'es-
prit du bien et l'esprit du mal;
les voix qui les poussent à bien
faire, les voix qui les poussent,
au contraire, à accomplir des
actes violents, dangereux.

Ils sont tiraillés par ces voix
contradictoires et à l'état de
lutte permanente.

Et, chose assez remarquable, pour
complèter cette description, il est
remarquable que certains mala-

des cherchent des compensations dans ces voix contradictoires, et que, tandis que certaines voix les insultent, leur font du mal, les torturent, d'autres, au contraire, prennent leur défense et les défendent contre leurs persécuteurs. De sorte qu'il y a souvent, à cette période de délire de persécution, une sorte de compensation ~~co~~ entre le bien et le mal. Ils sont poussés au mal par leurs mauvaises voix, ou bien alors par

des voix meilleures qui prennent sa défense.

C'est un fait sur lequel on n'a pas suffisamment insisté jusqu'à ce jour.

Un autre fait important à signaler et qui est aujourd'hui, très bien connu depuis que Monsieur Lasègue a attiré sur ce point l'attention générale. Les hallucinations de la vue n'existent pas, ou n'existent presque jamais dans le délire de persécution essentiel : Il n'y a pas d'hallucinations de la

vue. J'ai vu des malades qui avaient un commencement d'amaurose, qui avaient des signes précurseurs de la perte de la vue, qui éprouvaient des sensations subjectives lumineuses, qui voyaient des gerbes de feu, qui avaient la vue d'un incendie, qui avaient enfin les phénomènes subjectifs qui précèdent souvent la perte de la vue et qui les interprétaient d'une manière très saine.

Ils n'étaient pas victimes de ces sensations qu'ils éprouvaient

ils savaient très bien les interpréter et ils ne faisaient pas entrer ces éléments visuels dans leur délire d'ailleurs très complexe.

Ces malades avaient des hallucinations de tous les sens excepté de la vue; le sens de la vue qui se perdait, leur donnait par hasard, un élément dans l'hallucination de la vue, et ils étaient tellement réfractaires à cette hallucination qu'ils ne saisissaient pas cet élément pour en faire une

hallucination.

Ils apprécient ce phénomène absolument comme on l'apprécierait à l'état normal.

Cela prouve combien l'hallucination de la vue est incompatible avec le délire de persécution.

Il y a des malades qui éprouvent des phénomènes visuels, mais ils ne les transforment pas en image ni en vision, l'hallucination de la vue est absolument incompatible avec le délire de persécution vrai

et légitime, c'est ce qui va nous servir tout à l'heure comme moyen de diagnostic avec le délire alcoolique.

Je suis obligé de me hâter et j'arrive à la 4me période du délire de persécution.

Cette maladie ne tend pas à la démence proprement dite, à la démence complète :

Le délire devient de plus en plus complexe, l'intelligence s'affaiblit dans une certaine mesure, le malade baisse

de niveau comme facultés intel_
lectuelles, mais reste toujours un
malade atteint de délire par_
tiel ; il n'arrive pas à la dé_
mence vraie telle que l'avaient
décrite Pinel et Esquirol : il
arrive à un état chronique
qui est un état plus com_
plexe, beaucoup plus délirant
que l'état primitif mais qui
n'est certainement pas la vraie
démence.

C'est à cette période là que
surviennent souvent de nou_

velles idées délirantes ; des idées de grandeur viennent s'ajouter aux idées de persécution. Le docteur Morel est le premier qui, dans son ouvrage, a eu soin d'attirer l'attention sur ce point, et, depuis lors, Monsieur Foville a fait un mémoire très interessant sur la mégalomanie, pour rattacher ce délire qu'on avait isolé jusque là, au délire de persécution, montrer

qu'il survient très souvent comme dernière période de cette maladie.

Depuis ces travaux, le fait est généralement admis, les observations qui ont été faites dans les asiles d'aliénés sont venues confirmer l'exactitude de ce fait d'observation.

On a vu que beaucoup de persé_cutés arrivent peu à peu au délire de grandeur sous une forme quelconque. On a cherché a expliquer la généalogie de

ce délire.

Les persécutés sont tous des orgueilleux
Ils se croient le centre de l'univers, ils se croient victimes d'ennemis inconnus et imaginaires, et ils se demandent comment il se fait qu'eux, qui étaient des personnages isolés, sans influence dans le monde deviennent ainsi l'objet de l'attention générale

Ceci les porte à exagérer l'importance de leur propre personnalité,
L'orgueil est un fait dominant dans le délire de persécution

peu à peu ces malades arrivent à se demander comment il se fait qu'on les a poursuivis, qu'on a tant dépensé d'argent pour leur faire du mal, et ils se disent à eux-mêmes que probablement il y a une raison, qu'ils sont des personnages plus importants qu'ils le croyaient, et alors ils arrivent soit lentement, soit tout-à-coup au délire de grandeur parfaitement caractérisé. Ils croient qu'on les a changés en nour-

rice, qu'ils ont été substitués qu'ils appartiennent à une autre famille qu'à leur famille véritable, ils arrivent à croire qu'ils ont fait des héritages, qu'ils sont des princes, des princesses, des rois, des empereurs, qu'ils appartiennent à une sphère sociale plus élevée que celle à laquelle ils appartenaient réellement.

Le délire de grandeur vient ainsi presque logiquement, dans ces cas particuliers, s'ar-

nexer au délire de persécution ; mais, dans d'autres circonstances, il est remarquable que cette transformation se fait quelque-fois tout-à-coup, dans l'espace d'une nuit.

Il y a des malades qui, la veille n'avaient point d'idées de grandeur et qui, le lendemain, se réveillent avec le délire de grandeur.

L'observation prouve qu'il y a quelquefois une naissance spontanée du délire de grandeur venant s'ajouter au délire

de persécution.

Quoiqu'il en soit, que ce délire se produise lentement, peu à peu, ou tout-à-coup, il existe fréquemment, et beaucoup de persécutés chroniques présentent en même temps que des hallucinations de l'ouïe et des idées de ~~grandeur~~ persécution, des idées de grandeur.

C'est un fait d'observation qui aujourd'hui ne peut plus être contesté.

Ceci constitue la 4me période du

délire de persécution : période chronique, période de démence, dit-on, mais de démence non complète car ces malades continue à pouvoir causer de toutes espèces de sujets, à s'entretenir des choses usuelles de la vie, à parler de tout ce qui concerne l'humanité en général, et ils n'ont pas l'air de délirer quand ils sont en dehors de leur direction délirante déterminée ; ce ne sont donc pas de véritables déments ; ce sont

des aliénés chroniques dont le délire est très complexe, mais ce ne sont pas des déments.

J'arrive maintenant, puisque le temps me presse, au diagnostic différentiel. Je vous disais tout à l'heure qu'il ne fallait pas confondre ce délire de persécution essentiel, tel que je viens de le décrire rapidement avec les idées de persécution qui peuvent exister dans d'autres formes de maladie mentale

Je vous ai dit qu'il y avait des idées de persécution dans la manie, dans certaines mélancolies, dans les délires infantiles, dans les délires séniles; dans tous ces cas là le diagnostic est extrêmement facile par l'ensemble des caractères pathologiques.

Mais il y a deux points principaux sur lesquels il faut insister en parlant du diagnostic différentiel.

Le premier point c'est l'alcoolisme.

On ne connaissait autrefois que deux espèces d'alcoolisme : l'alcoolisme très aigu, le delirium tremens, et l'alcoolisme chronique, tel que l'a décrit Magnus Huss, en Suède ; soit au point de vue physique, soit au point de vue moral ; mais on ne connaissait pas assez l'état intermédiaire auquel monsieur Lasègue a donné précisément le nom d'alcoolisme subaigu, et dont il a fait la description dans trois mémoires d'une façon magistrale.

Beaucoup de médecins, de spé-
cialistes surtout, ne veulent pas
admettre cette description, elle
est cependant tout à fait
conforme à la vérité et à l'ob-
servation clinique.

Tous les jours, dans Paris sur-
tout, dans les grandes villes, à
la préfecture de police par ex-
emple, on voit paraître sous
ses yeux un grand nombre
de malades atteints seulement
d'alcoolisme subaigu et qui
sont envoyés souvent dans les

asiles d'aliénés sous le nom de délire de persécution.

C'est, qu'en effet, ces malades se rapprochent un peu des persécutés dont je viens de parler. Comme eux, ils croient avoir des ennemis, qu'on veut leur faire du mal, qu'on veut les tuer.

Sous ce rapport, ils ressemblent aux persécutés, mais leur état général est tout à fait différent.

Ces malades sont dans une

anxiété active et, comme le disait encore bien monsieur Lasègue tandis que les persécutés des asiles d'aliénés se plaignent en riant, d'une manière qui n'est pas triste, se plaignent sans bouger, racontent leur histoire comme si elle concernait des étrangers, l'alcoolique, au contraire, est dans une anxiété continuelle ; il est sous le coup de la terreur panique, d'une terreur qui l'obsède, qui ne lui laisse

pas un moment de répit, et qui le porte à fuir. Les alcooliques ont besoin de se déplacer, de bouger, de fuir; et quand ils arrivent à un degré plus avancé, plus intense de leur maladie, au lieu de fuir par les ~~fenêtres~~ portes, ils fuient quelquefois par les fenêtres; ils ont le besoin de fuir l'objet de leur terreur.

Or, ceci s'explique à divers points de vue, et s'explique surtout par la présence d'un fait capital: L'hallucination de la vue. Les alcooliques ont des hallucinations

de la vue en même temps que des hallucinations de l'ouïe, ils sont persécutés à la fois par les deux sens.

Ces hallucinations de la vue, terrifiantes, qui se présentent sous forme de fantômes, de spectres, d'animaux, de rats, d'insectes variés, d'araignées de toutes espèces, ces hallucinations, au lieu d'être immobiles, comme dans le délire religieux, par exemple, comme dans les apparitions des délires religieux, ces hallucinations sont

mobiles, elles sont comme des fantasmagories; passent le long des murailles, marchent vers le malade, s'éloignent, se rapprochent, comme cela existe dans le délire toxique par le datura et la belladone; le délire alcoolique est le même que ce délire toxique; les hallucinations sont mobiles, sont terrifiantes, le malade voit approcher de lui des monstres, des fantômes, des animaux; il fuit instinctivement pour échapper

à ce fantôme qui le poursuit et qui va le prendre, qui va le tuer!

Il y a là, dans l'état général de l'alcoolisme subaigu, une différence fondamentale avec le délire de persécution. Si vous joignez à cela des symptômes physiques ou autres de l'alcoolisme, c'est à dire le tremblement, c'est à dire les visions subjectives, tous les autres phénomènes de l'alcoolisme que je n'ai pas besoin d'énu-

mérer devant vous un ensemble, un tableau d'une maladie qui diffère absolument du délire de persécution essentiel, tel que nous l'observons dans les asiles d'aliénés.

Et, ce qu'on ne savait pas avant ces dernières années, c'est que ce délire alcoolique peut persister assez longtemps : il n'est pas fugace et rapide comme le <u>delirium tremens</u> ; tandis que le delirium tremens dure 8, 10 jours et quelquefois moins, le délire alcoolique subaigu peut

durer plusieurs mois en s'atténuant, successivement, en diminuant d'intensité, de sorte qu'on nous envoie tous les jours, dans les asiles d'aliénés, des persécutés alcooliques qui restent délirants pendant plusieurs mois, ce qui les fait confondre, par beaucoup de médecins, avec les persécutés véritables; mais, tandis que le persécuté a des périodes de rémission, des périodes de pause,

qui se prolongent pour ainsi dire, pendant toute la vie, l'alcoolique, au contraire, guérit au bout de plusieurs mois, quelquefois au bout de plusieurs semaines.

Le délire s'atténue à mesure qu'on s'éloigne du moment où on a fait abus des boissons alcooliques, pour revenir plus tard, lorsque l'abus recommence.

Il y a donc des différences dans l'ensemble des symp-

trômes et dans la marche de la maladie, qui permettent d'établir un diagnostic différentiel, entre le délire des persécutés et celui des alcooliques

L'autre point sur lequel j'insisterai en terminant et que j'examinerai plus longuement dans la prochaine séance, c'est un point qui me paraît essentiel : il est relatif aux aliénés persécutés, persécuteurs.

Je vous disais tout à l'heure qu'une catégorie de

persécutés devenaient persécuteurs parce que ils avaient personnifié leur délire : ils en voulaient à telle personne en particulier, à telle personne déterminée.

C'est un fait sur lequel Monsieur Lasègue a beaucoup insisté. Mais ces persécutés persécuteurs de la première catégorie ont des hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale. Ils rentrent dans la catégorie générale des persécutés dont je

viens de vous parler : Ce sont de véritables persécutés essentiels, ils ne diffèrent que par la personnification du délire.

Mais une chose qui n'est pas généralement connue, c'est qu'il y a dans les asiles, dans la société, un petit nombre d'autres aliénés persécuteurs qui ne rentrent pas du tout dans cette catégorie.

Ces persécutés n'ont pas d'hallucinations de l'ouïe : fait

capital ; ils appartiennent à la catégorie des raisonnants ou héréditaires, au lieu d'appartenir à la catégorie des persécutés essentiels.

Il y a, dans ce fait de l'absence de l'hallucination de l'ouïe, un moyen pratique pathognomonique qui sert à établir une distinction tranchée, une démarcation saillante entre les persécutés essentiels des asiles d'aliénés et les persécutés les persé_

cuteurs dont je parlerai plus
tard. Ces persécuteurs sont des
raisonnants qui appartiennent
à la famille des héréditaires, qui,
dès leur enfance, ont présenté des
caractères d'hérédité morbide,
qui ont eu des symptômes phy-
siques et moraux, des folies
héréditaires, qui ont eu des ca_
~~ractères~~ phénomènes choréiformes
sur lesquels j'insisterai dans
une prochaine leçon, des accidents
cérébraux, des phénomènes conges_

-sifs, à différentes époques de leur vie, et qui, pendant toute leur vie, restent des aliénés lucides, des aliénés raisonnants, ne passant pas pour aliénés, ayant presque tous les caractères de la raison, et cependant étant plus voisins de la débilité intellectuelle, de l'idiotie que de la raison ordinaire.

Il y a là toute une catégorie de persécutés persécuteurs qui sont des malades extrêmement difficiles à caractériser, à diagnostiquer, et

qui sont la plaie de la société
et le fléau de tous les asiles d'a-
liénés.
Ces persécuteurs, tels qu'ils sont,
qui ont fait l'objet de rapports
médico-légaux à diverses
époques, et, entre autres, des rap-
ports de messieurs Lasègue, Tar-
dieu etc etc, et d'autres tels
que Messieurs Sandan, Toulat,
Verger etc.
Ces persécutés persécuteurs n'ont
pas d'hallucinations de l'ouïe

Ce sont des raisonnants, des aliénés lucides, ce sont des aliénés dont on conteste la folie, qui se portent souvent aux actes les plus dangereux, les plus violents, qu'on a peine à isoler parceque une fois qu'il sont enfermés on les remet en liberté; mais qui sont de vrais fléaux de la société

Ces persécutés persécuteurs poursuivent incessamment avec une obstination sans égale, avec une énergie de volonté

incessante, la personne qui est l'objet de leur persécution. Ils la suivent partout, ils écrivent des lettres tous les jours, ils se tiennent sur la porte pour la voir entrer et sortir, ils portent constamment un révolver sur eux pour tâcher de le décharger sur l'individu, ils le poursuivent partout, parfois ils ont une persécution lucide, une persécution amoureuse, mais c'est toujours le même état.

si c'est une persécution amoureuse, c'est pour une jeune fille qu'ils n'ont jamais vue ou qu'ils ont vue une seule fois.

A partir de ce jour, ils s'éprennent idéalement d'un amour platonique pour cette jeune fille, ils la poursuivent à outrance, ils écrivent des lettres, sont constamment sur son passage, la suivent à l'Eglise, en voiture, passent des nuits entières sous ses fenêtres.

Si les parents obsédés par ces per-

sécutions, font un voyage, emmènent la jeune fille à l'étranger ou à la campagne, le persécuteur finit par la découvrir, va la rejoindre, se promène devant sa maison, en un mot il est constamment à obséder l'objet de sa persécution et il lui rend la vie impossible

Il y a de ces êtres là qui existent dans le monde, en liberté et qui sont les plus dangereux des aliénés, d'autant plus que leur folie ne peut pas souvent être démontrée d'une fa-

çon claire et évidente.

Il y en a d'autres qui sont enfermés et qui continuent, dans l'asile, la persécution qu'ils avaient faite lorsqu'ils étoient en liberté.

Ce sont des malades très dangereux, qui sont très nuisibles à l'ordre social et qui, cependant, sont les plus difficiles à diagnostiquer pour établir l'état de folie déterminé et reconnue par tous.

J'aurai à revenir sur cet état à propos des héréditaires et des

raisonnants, mais je tenais à vous le signaler comme catégorie tout à fait spéciale à la persécution, qui mérite d'être distinguée de toutes les autres.

Je termine en me résumant.

Ce délire de persécution me paraît donc une forme mentale bien caractérisée, bien déterminée.

Il est vrai que cette forme repose surtout sur l'idée délirante, ce qui est un mauvais élément de classification, mais c'est peut-être un élément tempo-

raire dans l'état actuel de la science.

Quoiqu'il en soit, autour de
cette idée délirante, qui est le carac-
tère pathognomonique de l'affection,
il y a un ensemble de phénomè-
nes et de caractères que j'ai décrits,
il y a surtout une marche de
la maladie qui constitue une
vraie forme naturelle, par opposi-
tion à tous les états qu'on dé-
crit aujourd'hui sous le nom de
manie, mélancolie etc.
C'est donc une forme qui,
dans l'état actuel de nos con-

naissances, mérite d'être détachée de la mélancolie et de la monomanie et de créer une groupe spécial, ayant une description particulière. Elle le mérite d'autant plus que la marche de la maladie est en rapport avec la spécialité des symptômes. Cette maladie, comme je le disais, a une marche essentiellement rémittente, elle dure ordinairement pendant toute la vie, mais avec des rémissions très prolongées qui peuvent passer pour des guérisons.

Il y a là une marche rémittente qui distingue cet état de beaucoup d'autres ~~monomanies~~ mélancolies et de beaucoup de monomanies.

En effet, dans la prochaine leçon, en vous parlant des trois variétés de la mélancolie, j'insisterai sur ce point : que la mélancolie anxieuse est souvent intermittente, que la mélancolie avec conscience est toujours intermittente, tandis que la mélancolie avec stupeur est continue et progressive jusqu'à la mort.

Vous avez donc ces trois variétés de la mélancolie dont l'une est intermittente, l'autre essentiellement rémittente et la troisième, au contraire, indéfiniment progressive.

Il y a donc un rapport de marche avec les symptômes; il y a à la fois symptômes différents et marche différente. Ce sont là les deux caractères principaux qui permettent d'établir une forme vraiment naturelle

Dans la prochaine séance, j'étu-

dierai les trois autres variétés de la mélancolie et, dans la séance suivante, les folies héréditaires et raisonnantes, et enfin les folies avec conscience et états émotifs.

Je terminerai à la fin de décembre le cours de cette année, par l'étude des folies hystériques, épileptiques et traumatiques.

Hospice de la Salpêtrière.

7 Décembre 1884.

Messieurs,

Dans la dernière séance, j'ai cherché à vous donner une description aussi complète que possible d'une variété principale de la mélancolie à laquelle on a donné le nom de délire de persécution. Cette variété, qui n'était pas détachée, par Esquirol et par ses élèves, du groupe

général des mélancolies, est aujourd'hui étudiée d'une manière spéciale et j'ai cherché à vous montrer que cette description pouvait être poursuivie jusque dans les plus petits détails et dans la marche de la maladie, que par conséquent, elle était légitime et que, jusqu'à nouvel ordre, dans l'état actuel de la science, il importait de distinguer le délire de persécution des autres variétés de la mélancolie.

J'ai oublié un fait important sur lequel je vais insister en passant. Dans la description du délire de per-

sécution à l'état chronique. J'ai oublié de vous signaler que ces malades, arrivés à l'état chronique, à l'état stéréotypé, avaient tout un vocabulaire, c'est à dire des expressions spéciales qui étaient le résultat de la systématisation maladive. C'est un fait très important à noter que j'avais oublié de signaler dans la description rapide que j'avais faite du délire de persécution; c'est un caractère en quelque sorte pathognomonique. Toutes les fois que vous avez, par exemple, dans un asile d'aliénés, ou dans un hôpital, l'existence du délire de persé_

cution constatée, il vous est facile de démontrer que le malade a un vocabulaire spécial, qu'il emploie des mots qui lui sont propres.

Chaque malade a son vocabulaire spécial et il a des expressions tellement particulières qu'elles suffisent à elles seules pour diagnostiquer sa maladie et même sa période, car c'est pendant la période déjà avancée, déjà chronique, que ce vocabulaire peut être observé.

Aujourd'hui, Messieurs, j'ai l'intention d'étudier devant vous et d'une manière très rapide, la mélancolie

en général et dans ses variétés.

Il est très difficile, dans une seule leçon, d'aborder un sujet aussi vaste, aussi serai-je obligé d'être très bref et d'écourter un peu les descriptions, mais mon but est de vous montrer que, si le délire de persécution est aujourd'hui très bien étudié, très bien caractérisé, il n'en n'est pas de même des autres variétés de la mélancolie qui nécessitent de nouvelles études, des études cliniques très attentives. Cependant, dès à présent, nous pouvons déjà établir quelques grandes lignes dans le grand groupe des mélancoliques tels que les concevaient

nos prédécesseurs : Pinel, Esquirol et leurs élèves directs et immédiats.

Avant d'entrer dans la description des variétés, je dois vous dire quelques mots généraux sur la mélancolie considérée dans son ensemble, telle qu'on la comprend généralement aujourd'hui.

Pour Pinel et pour Esquirol, la mélancolie représentait un groupe immense de faits. Dans la classification régnante, on admet des aliénations générales et des aliénations ~~particulières~~ partielles.

L'aliénation générale, c'est le délire maniaque ; l'aliénation partielle se subdivise en 2 catégories : L'aliénation

partielle triste et l'aliénation partielle gaie ; l'aliénation expansive et l'aliénation dépressive. Pinel lui-même avait englobé les deux variétés sous un même nom, sous le nom général de mélancolie. Esquirol a spécifié davantage. Il a divisé en deux, les mélancoliques de Pinel : les monomaniaques d'une part, les lypémaniaques ou mélancoliques d'autre part. C'est Esquirol qui a créé la monomanie, c'est à dire le délire partiel limité à un seul objet ou à un très petit nombre d'objets. Je n'ai pas à insister aujourd'hui sur ces distinctions qui mériteraient une étude spéciale. Je me

borne à parler de la mélancolie elle-même c'est à dire de la lypémanie d'Esquirol. Cette mélancolie englobe un nombre de faits considérable. Il y a un grand nombre de malades atteints de délire partiel et qui sont tristes, dominés, comme le disait Esquirol, par la crainte, la défiance ou la tristesse.

Or, ces caractères généraux qui peuvent suffire au point de vue psychologique, ne suffisent pas au point de vue clinique. La mélancolie, telle que la comprend l'école d'Esquirol et la plupart des successeurs, la mélancolie est caractérisée par un ensemble de phénomènes

psychiques et physiques.
Les faits psychiques peuvent être résumés très rapidement : la véritable base fondamentale des états mélancoliques, c'est la lésion de la sensibilité morale. Tous les mélancoliques sont tristes parce qu'ils ont une lésion générale de la sensibilité. Ils tombent malades à un moment quelconque, à partir de ce moment, ils sont tristes sans savoir pourquoi, ils ont une souffrance morale générale dont ils ont quelquefois conscience, qui est le fonds même de leur maladie. Le mélancolique est un malade malheureux, un malade qui souffre moralement. C'est là la base de tous les phénomènes qu'il éprouve pendant le cours de sa

vie maladie : au lieu de concevoir une mélancolie d'une manière psychologique, comme l'ont fait certains médecins psychologues, au lieu d'admettre que des idées tristes surgissent inopinément et par une cause accidentelle dans l'esprit du malade, que le malade rumine ses idées, qu'il y revient sans cesse et qu'il devient triste parce qu'il se croit coupable, parce qu'il se croit coupable, ou ruiné ou perdu, c'est l'inverse qui a lieu.

L'observation clinique vraie, trouve que le fonds mélancolique, la tristesse, précède les idées délirantes, au lieu de leur

succéder. On a souvent confondu, interverti l'ordre de succession des faits.

Le 1er fait de la mélancolie, c'est l'état général, le fonds de tristesse, d'affaissement, le fonds de souffrance morale. C'est sur cette base, sur ce terrain, que se développent peu à peu, par un procédé que mon père a très bien étudié, par une incubation lente et successive, les idées délirantes qui germent sur ce fonds maladif, qui se développent comme une plante se développe sur un sol déterminé. Mais c'est le sol qu'il faut d'abord considérer, avant d'examiner les idées délirantes. Il faut donc, pour bien comprendre la mélancolie, se

représentant un mélancolique présentant simplement le fonds morbide comme il en existe quelques uns, c'est à dire l'état de souffrance morale, l'état de désespoir et de taedium vitae, la désespérance, si on pouvait ainsi s'exprimer cet état général qui est la base de toutes les idélires mélancoliques.

A côté de ce trouble de la sensibilité, vont se placer un trouble correspondant et également général de l'intelligence

Dans toutes les mélancolies, l'intelligence est ralentie dans son mouvement, les idées sont peu nombreuses; le mouvement des idées extrêmement lent, les malades n'ont plus la force de penser

ils ne peuvent pas penser sans fatigue, et, certains malades dont je parlerai tout-à-l'heure, qui ont conscience de leur état, décrivent parfaitement cet état moral spécial, qui porte à la fois sur l'intelligence et sur la sensibilité.

L'intelligence des mélancoliques aux divers degrés est donc plus lente, plus difficile dans son fonctionnement, qu'à son état normal. Il y a là une lésion générale de l'intelligence qui correspond à la lésion générale de la sensibilité.

Il en est de même pour la volonté. Les mélancoliques sont impuissants à vouloir, comme disent plusieurs d'entre

eux qui analysent très bien leurs sensations : Je ne puis pas vouloir, j'ai beau chercher à marcher, à parler, à me mouvoir, à faire un acte quelconque, je ne puis pas ; je suis impuissant à vouloir. Il y a là une lésion de la volonté que M. Billod, en particulier, a très bien étudié ; un anéantissement, un affaiblissement, une impuissance de forces volontaires, qui correspond à la lésion de l'intelligence, à la lésion de la sensibilité.

Vous voyez donc, sous une forme très rapide, générale, qu'il y a, ce qu'on peut appeler un fonds de tristesse, d'affaissement, de ralentissement de toutes les

fonctions psychiques, qui est la base véritable des mélancolies. C'est sur cette base que s'édifie peu à peu le délire par un procédé qui a été très bien étudié. Les idées délirantes n'arrivent qu'après coup, n'arrivent que consécutivement à l'existence de ce fonds maladif primitif.

A côté de cette description très générale de l'état mental des mélancoliques, vient se placer la description de l'état physique.

Il ne suffit pas, pour bien étudier un aliéné, de s'occuper exclusivement de l'état mental comme l'ont fait des médecins psychologues, il faut toujours mettre la description physique à

côté de la description morale. Les mélancoliques sont aussi malades au physique qu'au moral; ils ont, dans la sensibilité physique générale les mêmes altérations que dans la sensibilité morale. Tous les mélancoliques sont malades physiquement, ils ont un sentiment d'affaissement, d'impuissance physique, qui est aussi prononcée que l'impuissance morale; ils souffrent au physique comme au moral, ils ont des lésions de la sensibilité générale.
Ces lésions ont été très bien étudiées dans diverses variétés de la mélancolie; elles peuvent être ou générales ou

partielles. Le malade éprouve des perturbations, un sentiment de malaise général; il sent lui-même combien son système nerveux est troublé et différent de ce qu'il était à l'état normal; et tous les malades s'en plaignent, accusent cette douleur physique en même temps que la douleur morale; ils ont, de plus, certains phénomènes nerveux dans divers organes de l'économie; ils ont d'abord une sensation presque constante de vacuité à la tête, une sensation d'étau qui serre les tempes avec violence. Ils ont, de plus, un phénomène très fréquent qu'on a appelé: l'anxiété précordiale. C'est une sensation très

de l'épigastre avec sensation morale et qui dure pendant presque toute la maladie, surtout dans les périodes aiguës. Ils ont, de plus encore, des points névralgiques qui s'accusent dans diverses parties du corps et sur lesquelles les allemands ont beaucoup insisté, en particulier le professeur Griesinger et le Dr Schüle, qui a fait sur ce sujet un mémoire très important, intitulé : « la folie névralgique » C'est à la suite de ces études sur les phénomènes nerveux des mélancoliques, que l'on a préconisé en Allemagne, pendant longtemps, des injections de morphine, des injections

hypodermiques pour combattre ces divers phénomènes nerveux et pour tacher d'agir, par contre-coup, sur l'état mélancolique, sur l'état mental. C'est la théorie comme la pratique qui a conduit à l'emploi de la morphine chez les mélancoliques et chez les aliénés en général.
On a beaucoup exagéré l'importance de ce traitement, on a cru, à tort, qu'il produisait souvent la guérison; il est des cas, en effet, où il peut avoir son utilité, surtout lorsque des phénomènes nerveux sont prédominants.
Indépendamment de ces phénomènes qui existent dans presque toutes les mélancolies, il y a des phénomènes physiques

plus importants, plus considérables, dans la respiration, la circulation, les fonctions de la peau, les sécrétions, phénomènes qui sont très fréquents chez les mélancoliques et qui existent surtout dans la variété avec stupeur, dont je vous parlerai tout à l'heure.

Je ne puis pas insister longuement sur ces divers phénomènes. Je voulais seulement vous montrer que tous les mélancoliques ont des caractères communs, de l'ordre moral et de l'ordre physique ; que c'est sur cette base générale un peu vague que repose la description de la mélancolie telle qu'on la comprend aujourd'hui

la mélancolie embrasse un grand nombre de faits, puisqu'elle embrasse même les délires de persécution, et la douleur morale est la base de la mélancolie.

Il y a également souvent des troubles dans les mouvements. Les mouvements des mélancoliques sont ralentis, lents, difficiles; les malades ont de la tendance au repos, à l'inaction; ils restent au lit ou bien assis dans un fauteuil; ils ont le sentiment de la fatigue, de la courbature; ils ont souvent, en outre, des contractures, des phénomènes cataleptiques, des troubles variés, des mouvements qui se passent dans les organes; les fonctions organiques elles-mêmes sont atteintes; il y a perturbation

du sommeil, trouble des fonctions génitales, impuissance chez l'homme ; troubles de la menstruation chez la femme ; les fonctions digestives sont extrêmement troublées, la digestion se fait très mal, d'une manière très incomplète ; il y a souvent de l'embarras gastrique, des phénomènes de dégout pour les aliments qui peuvent aboutir au refus absolu, car le refus est souvent un caractère des mélancoliques. On est obligé de nourrir ces malades avec la sonde œsophagienne ou d'employer des violences, pour les intimider, pour chercher à les faires manger, car ils ont une répulsion considérable pour les aliments. Chez les mélancoliques, ce n'est pas seulement en vertu

de leur idée fausse c'est surtout en vertu d'un phénomène physique, d'un état du système nerveux ganglionnaire qui porte sur l'appétit et qui détermine le g dégoût de la nourriture. C'est sur cet état physique que repose, chez les aliénés, le refus de nourriture, beaucoup plus que sur les idées délirantes. Il y a des aliénés qui refusent pour se suicider, d'autres, au contraire, pour obéir à une voix impérative ou parce qu'ils craignent l'empoisonnement. Ceux-là agissent en vertu d'une idée délirante, mais il y en a qui ont un dégoût absolu pour les aliments, une répulsion instinctive, analogue à celle qu'on éprouve dans

la cachexie cancéreuse, dans certaines périodes du diabète, dans d'autres états ~~également~~ généraux également de l'organisme. Ce dégout absolu pour les aliments existe chez les aliénés et est la cause de la plupart des refus des aliments. La circulation elle-même est ralentie, le pouls est très faible, presque insensible, la respiration est très lente; il y a, en un mot, des phénomènes d'ordre général qui caractérisent les mélancoliques, aussi bien à l'état moral qu'à l'état physique.

Quelques mots encore sur la marche générale de la mélancolie. La mélancolie est une maladie très lente dans

son cours, qui peut durer pendant des années, les accès mélancoliques sont beaucoup plus longs que les accès maniaques. Lorsqu'un accès maniaque dure de 6 mois à 1 an, les accès mélancoliques durent pendant plusieurs années et et peuvent cependant guérir. Mais il y a des variétés dans la marche. Certains mélancoliques ont une marche continue et sont au même degré pendant tout l'accès. D'autres, au contraire, ont une maladie rémittente La rémittence est très fréquente dans la mélancolie, quoiqu'on en dise et il y a même des mélancolies intermittentes. On a très souvent décrit la

manie intermittente mais on a peu insisté sur la mélancolie généralisée présentant le même caractère, et c'est un tort.

Vous voyez donc, sous une forme extrêmement rapide, que la mélancolie telle qu'on la conçoit avec Esquirol, est un état très étendu, très généralisé, et qui s'applique à un très grand nombre de malades. Il y a un nombre considérable de mélancoliques, soit dans la pratique civile, soit dans les asiles d'aliénés. Il importe donc essentiellement pour faire avancer la science, de chercher à établir des distinctions ~~de~~ genres,

de groupes, au milieu de cette catégorie immense, si vague, de mélancoliques.
Nous avons déjà détaché le délire de persécution qui constitue ce que M. Baillarger a appelé la monomanie active ou mélancolie active, c'est à dire que les idées sont de nature triste, mais le fond général est tout différent de celui de la mélancolie. Les persécutés ont une activité intellectuelle et de mouvements qui n'est pas du tout semblable à celle des mélancoliques. Ils ont besoin d'agir, de se plaindre, d'écrire des lettres, de faire des dénonciations aux autorités, de changer de domicile, etc...
Ils ont un mode d'existence tout à

fait différent de celui des mélancoliques. Ils doivent donc être détachés, d'abord comme un groupe qui n'appartient pas à la mélancolie. Mais, parmi les autres mélancoliques, il faut chercher à faire quelques distinctions. Sous ce rapport, la science n'est pas encore très avancée. Cependant, on peut établir, je crois, 3 directions principales parmi les mélancoliques tels que nous les connaissons aujourd'hui.

Nous avons d'abord les mélancoliques avec conscience. On avait cru, autrefois, que la conscience de son état excluait toute idée de folie, que ces 2 faits étaient incompatibles, que, dès lors qu'on était

aliéné, on perdait conscience de son état de maladie. Ainsi, dans Esquirol et les auteurs qui l'ont suivi, l'absence de conscience de son état était donnée comme un caractère fondamental de la folie, comme un moyen de diagnostic pour distinguer la folie de la raison.

Depuis cette époque, on est revenu sur cette opinion trop exclusive, on a constaté un assez grand nombre de faits dans lesquels les malades ont des idées qui s'imposent, des idées qui les obsèdent, sont poussés à des impulsions involontaires, automatiques, absolument pathologiques, et cependant, ont conscience de leur état de maladie.

La folie avec conscience est entrée dans la science, on ne peut pas en nier l'existence aujourd'hui.

Or, les mélancoliques peuvent se trouver dans cet état, il y en a un assez grand nombre dans la pratique civile et dans les hopitaux Dans la médecine ordinaire, en dehors des asiles d'aliénés, on voit très souvent des malades qui ont conscience de leur état mélancolique, qui cependant, ne peuvent pas dominer le mal.

C'est là une 1re variété sur laquelle je passerai rapidement, parceque j'ai l'intention de faire la leçon prochaine sur les états avec conscience envisagés d'une manière générale.

La 2me variété, c'est la mélancolie anxieuse, et enfin la 3me et la plus connue, c'est la variété dépressive, avec tendance à la stupeur.

Quelques mots rapides sur la mélancolie avec conscience. On rencontre souvent dans les familles, dans la clientèle civile, des malades qui tout-à-coup, tombent dans la mélancolie, dans la tristesse, sans motif, en vertu d'un état maladif. Ils se sentent malheureux, et sentent eux-mêmes qu'ils deviennent ~~malheureux~~ aliénés. Ils viennent consulter le médecin, ils ont des luttes intérieures, ils sont tiraillés entre les idées qui les obsèdent et la partie saine de leur nature qui proteste contre cet envahissement de la maladie. Le

n'y a pas d'état plus pénible que celui des mélancoliques avec conscience. Ils sont malheureux de sentir au mal, à faire des actes de violence, ils demandent protection contre la maladie.
Ils se révoltent à la pensée qu'ils ont perdu tout cœur, tout sentiment, qu'ils sont incapables d'éprouver les émotions naturelles de la vie, qu'ils sont capables au contraire de faire du mal à leur père, à leur mère, à leurs enfants ; ils ont les idées les plus abominables, ils s'accusent de cette modification qui s'est opérée dans leur état moral, ils en sont tellement effrayés qu'ils demandent souvent eux-mêmes à se faire enfermer ; et même parfois à avoir

la camisole pour se protéger contre leurs impulsions morbides, d'autres demandent à entrer dans un asile d'aliénés pour se préserver; ils ont une conscience parfaite de leur état, ils sont obsédés par des idées, des impulsions, des penchants nouveaux; ils ne peuvent pas les combattre, les dominer: c'est là ce qui constitue la mélancolie avec conscience, variété qui mérite d'être distinguée et mise à part de toutes les autres formes de la mélancolie. Ces malades sont dans un état mental qui a quelque analogie avec le vertige. De même que, lorsqu'on est placé sur le bord d'un précipice, on a la sensation du vertige, de même ces malades ont une espèce de vertige moral mental. Ils se sentent attirés et repoussés tour à tour par les idées, les

impulsions qui s'imposent à eux. Ils ont peur de faire le mal et ils se sentent poussés à le faire. Il y a là attraction et répulsion tout à la fois.

C'est un état mental des plus interessants et conforme à la loi générale de l'ordre moral qui existe aussi bien dans le domaine intellectuel que physique ; sous l'influence de l'électricité ou de tout autre force, il y a répulsion et attraction, de même dans l'ordre moral on est attiré, malgré soi, par des idées qu'on repousse ; il y a une attraction morale analogue à celle du vertige, à la sensation du précipice qui vous attire. Ces malades, placés près d'une fenêtre éprouvent le besoin de se jeter par la fenêtre. Ils ont la crainte de se faire

du mal et en même temps ils se sentent attirés à accomplir l'acte qu'ils redoutent le plus.

Je n'insisterai pas aujourd'hui sur cette mélancolie avec conscience, me réservant de vous en parler plus longuement à propos de tous les états ~~avec conscience~~ analogues.

Les 2 variétés sur lesquelles je veux insister sont la mélancolie anxieuse et la mélancolie dépressive avec stupeur.

La mélancolie anxieuse n'a pas ~~été~~ nettement détachée, jusqu'à présent, du groupe très vaste, des mélancoliques; on l'a confondue avec les états analogues, avec les états voisins. Cela méritait une description particulière, mais cette description n'est pas encore bien faite cliniquement, scientifiquement. Nous n'avons que quelques aper-

cas, la description est bien loin d'être aussi précise que celle du délire de persécution. La mélancolie anxieuse a plusieurs modes d'origine, quelquefois elle succède à l'hypocondrie; quelquefois elle naît spontanément, sans succéder à aucune autre maladie. Quand elle succède à une hypocondrie, c'est une sorte de transformation de l'hypocondrie de névrose en hypocondrie de maladie mentale. Vous savez tous ce que c'est que l'hypocondrie. Les hypocondriaques sont des malades qui se plaignent, se préoccupent de leur santé, qui croient avoir une maladie incurable. Les uns se croient poitrinaires, les autres atteints d'un cancer, etc. Je ne puis

pas insister là dessus. Souvent l'hypocondrie reste à cet état de névrose, maladie si bien décrite dans l'antiquité, mais, dans d'autres cas, l'hypocondrie se transforme, peu à peu, en maladie mentale. Il y a là des transitions insensibles et successives. Parmi les hypocondriaques, il y en a qui deviennent aliénés; or, les uns deviennent persécutés, les autres se transforment en mélancoliques anxieux. Cette transformation est très lente, elle se fait par des procédés variés, et souvent presque logiques. Le malade hypocondriaque est dominé par des sensations morbides excessivement pénibles; il commence par les attribuer à une maladie, il se plaint même lorsque les

médecins le considèrent comme un malade imaginaire ; il souffre horriblement, il cherche des moyens de traitement, il cherche à guérir ; mais peu à peu, au lieu de chercher simplement la guérison physique, il s'imagine qu'il est victime d'influences délétères, et alors, il devient ou un persécuté ou un mélancolique anxieux. Dans un cas, il accuse le monde extérieur, il croit qu'on lui lance des poudres, qu'on lui met une substance nuisible dans ses aliments, il arrive à l'idée d'empoisonnement. D'autres, au contraire, au lieu d'accuser le monde extérieur, s'accusent eux-mêmes, ils se croient coupables, ils se reprochent d'avoir commis

des fautes, d'être la cause de leur propre malheur, et ils arrivent, peu à peu, au délire anxieux, c'est à dire au délire de culpabilité, d'indignité, au délire de condamnation, au délire religieux; ils arrivent à la mélancolie anxieuse.

Il faut donc poser ce 1er principe que le délire de persécution repose sur ce qu'on appelle le monde extérieur; la mélancolie anxieuse, au contraire, repose sur ce grand fait que les mélancoliques s'accusent eux-mêmes, se croient coupables; ils s'accusent dans leur intelligence, dans leur moral, ils font porter leurs craintes et leur défiance sur leur propre personne, au lieu de les faire porter sur des personnes étrangères, sur le monde extérieur.

C'est là un fait capital qui distingue le délire de persécution de toutes les mélancolies anxieuses. Les mélancoliques anxieux s'accusent eux-mêmes, se reprochent des crimes imaginaires et arrivent aux idées de la prison, de l'échafaud etc. Mais, si la mélancolie anxieuse succède quelquefois à l'hypocondrie, dans d'autres cas, elle naît spontanément. C'est une maladie très fréquente qui existe à tous les âges et à toutes les époques de la vie; elle se produit souvent à l'âge critique (il arrive souvent qu'elle existe à cet âge chez les femmes) il y a eu des accès antérieurs, soit à la puberté, soit à l'âge de la menstruation; c'est une maladie essen-

tuellement intermittente qui se produit par accès, tandis que le délire de persécution est rémittent et continu ; il dure pendant toute la vie. Ce qui caractérise les mélancoliques anxieux, c'est le besoin de mouvement, mais d'agir d'une manière automatique et sans but, tandis que les mélancoliques dépressifs, qui sont les vrais types de la mélancolie, restent immobiles, inertes. Esquirol avait déjà fait cette distinction sans la poursuivre dans tous ses détails. Il a une phrase très remarquable où il dit que les mélancoliques se divisent en 2 classes : ceux qui parlent, ceux qui agissent, ceux qui se tourmentent et

ceux, au contraire, qui sont immobiles et silencieux. Il y a là une distinction qui est déjà indiquée dans Esquirol et qui est la base de cette division des mélancoliques en actifs et passifs.

Les mélancoliques anxieux ont été dénommés par Guislin, des malades gé_missseurs. M. Morel, s'est inspiré de cette expression, il a fait une description très interessante des aliénés gémisseurs, il a fait des observations présentées à Rouen à la suite du siège, il a collectionné un assez grand nombre de malades gémisseurs et il en a fait un mémoire très interessant

qui a été publié dans les annales médico-psychologiques. Ce mot de gémisseurs indique bien, sous une forme brève et caractéristique, le fond de cette maladie. Les mélancoliques anxieux ont besoin d'aller et de venir, ils se promènent comme des âmes en peine, ils ne peuvent pas s'asseoir, ils sont constamment dans un mouvement anxieux; l'anxiété intérieure, qui est le fonds de leur maladie, se manifeste par l'anxiété extérieure, par les mouvements. Ils ont besoin de gémir, de se plaindre; ils se promènent de long en large, répètent toujours les mêmes mots, les mêmes plaintes.

Ces malades commencent par être anxieux sans savoir pourquoi; ils ont un déses-

poir général, un tædium vitæ, qui peut les pousser au suicide, même à cette 1re période de la mélancolie presque sans délire. Mais bientôt, sur ce fonds maladif, germent peu à peu des conceptions délirantes, toutes de la même nature. Elles portent sur l'individu lui-même, qui se croit coupable, se reproche des faits insignifiants de la vie passée; il a des scrupules religieux, il arrive à l'exagération de toutes choses, il se croit poursuivi, condamné, pour des faits imaginaires. D'autres, entrent dans la direction religieuse, ils se croient damnés pour l'éternité. Ce sont ces conceptions délirantes qui sont dominantes dans la mélancolie anxieuse, et qui diffèrent du tout au tout, des conceptions du délire

de persécution. Tandis que les persécutés sont des orgueilleux qui se croient impeccables, qui se croient l'idéal de toutes choses; les anxieux, au contraire, s'accusent eux-mêmes, ce sont des hommes atteints du délire d'humilité, les persécutés le sont du délire d'orgueil. C'est un fait capital qui sert à distinguer très nettement ces 2 catégories de mélancolie, jusqu'à présent confondues dans les ouvrages ~~de Pinel et~~ d'Esquirol et de ses successeurs.

La mélancolie anxieuse est accompagnée de phénomènes physiques; tous ceux dont je vous parlais tout à l'heure la caractérisent et sont extrêmement dominants. Ces malades ont la sensation de la tête vide, de la pression aux tempes, de l'anxiété précordiale, des troubles de la sensibilité

générale, extrêmement prononcées, la nutrition se fait mal, ils sont amaigris, les digestions sont imparfaites; tous les troubles somatiques dont je vous ai parlé tout à l'heure pour la mélancolie en général, sont très prédominants chez les mélancoliques anxieux; seulement les troubles de la circulation sont moins prononcés que chez les mélancoliques dépressifs.

Cette forme de maladie mériterait de devenir l'objet d'une monographie spéciale comme pour le délire de persécution. Elle est encore si mal connue, que beaucoup de médecins très instruits, même spécialistes, confondent souvent dans la pratique, la mélancolie anxieuse avec le délire de persécution. On vous dira souvent, surtout dans

certains certificats, on déclare que les mélancoliques sont atteints d'idées de persécution, alors qu'au contraire, ils sont atteints d'une mélancolie anxieuse. Les médecins ne distinguent pas assez ces 2 catégories de délire qui sont absolument distincts. La mélancolie anxieuse se produit presque toujours sous forme d'accès. Elle est essentiellement ~~inte~~ intermittente, au moins dans la généralité des cas. Lorsqu'on observe un accès de ce genre et qu'on recherche dans le passé, on découvre presque toujours que les malades ont été atteints d'un accès analogue, car il est de l'essence de la mélancolie intermittente comme de la manie intermittente, que les accès se ressemblent

absolument. C'est un des caractères de toutes les folies intermittentes. Tous les accès se ressemblent, non seulement dans la marche mais dans les symptômes, ils sont d'assez longue durée et se reproduisent plusieurs fois dans la vie : ils peuvent durer de 6 mois à plusieurs années, mais souvent aussi ils guérisent assez rapidement, ils guérissent comme un voile qui tombe. Des malades que l'on croit condamnés à rester aliénés toute leur vie arrivent à la guérison quelquefois d'une manière inattendue et très rapide. Ils reviennent à la vie et abandonnent toutes leurs idées fausses et tristes, et cet état général qui est le fonds de la mélancolie. Cette forme

de maladie est donc très souvent intermittente. Elle se produit à la puberté ou un peu plus tard, et souvent aussi à l'âge critique. Cependant il y a un certain nombre de malades de ce genre qui passent à l'état, ils sont même plus nombreux qu'on le croit. Quels sont ceux qui guérissent? quels sont ceux qui passent à l'état chronique? Nous ne le savons pas encore, mais le fait mériterait d'être étudié plus attentivement. Dans les asiles d'aliénés, il y a un assez grand nombre de malades qui, après avoir présenté longtemps les symptômes de la mélancolie anxieuse, passent à l'état de chronicité, et M. le Dr Cottard, a fait, sous ce rapport, des observations interessantes qui mériteraient d'être développées avec soin.

Il a fait un mémoire qui contient une idée très juste ; il est intitulé : délire de négation. Ce mémoire a soulevé certaines oppositions au 1er abord, mais l'observation est extrêmement juste. Les malades atteints de mélancolie anxieuse, qui ont commencé par se croire coupables, perdus, condamnés, se transforment, après plusieurs années de maladie et arrivent à ce que M. Cottard a appelé le délire de négation, c'est à dire à croire et à soutenir que rien n'existe autour d'eux. Tout est détruit, eux-mêmes sont morts... ils marchent, ils parlent, mais ils ne vivent plus ; ils ont une sorte de vie apparente... Ils croient qu'il n'y a plus de maisons, d'arbres, d'êtres vivants. Tout ce qui existe dans le monde extérieur n'est

qu'une fantasmagorie, ils sont transformés dans leur propre personne et dans leur entourage. Eh bien! ce fait est très exact. Beaucoup de mélancoliques anxieux, après 2, 3, 4 ans de maladie, passent à un délire qui a un autre caractère et qui se résume par le mot de négation. Ils nient tout ce qu'on dit, toutes les affirmations dont ils sont témoins ou qu'ils entendent autour d'eux, ils contestent tout; ils ont le délire de négation.

Eh bien, cette observation mériterait d'être suivie et de devenir l'objet d'une monographie spéciale, essentiellement clinique.

Ces malades, arrivés au délire de négation, restent ainsi indéfiniment, jusqu'à la démence. Mais ce délire spécial ~~qui~~ est une période chronique de la

mélancolie anxieuse est pour elle ce que le délire d'orgueil, la mégalomanie, est pour le délire de persécution.

Voilà un fait nouveau qui me paraît acquis acquis à la science et qui n'était pas connu il y a quelques années. La mélancolie anxieuse se transforme et passe au délire de négation, comme le délire de persécution se transforme et passe au délire de mégalomanie.

Je ne puis pas insister plus longuement sur cette variété qui mériterait une attention particulière, et je passe à la 3me catégorie c'est à dire à la mélancolie dépressive ou avec stupeur. C'est là, la véritable mélancolie, celle que tout le monde a décrite. L'état de la mélancolie avec stupeur

d'un grand nombre de monographies, de travaux en France et à l'étranger. C'est un état qui est aujourd'hui très bien connu. M. Baillarger a fait sur ce sujet, en 1843, dans les annales médico-psychologiques, un mémoire très interessant sur la stupidité, qui, depuis cette époque, est devenu l'objet d'un grand nombre de mémoires; mais les aliénistes ou les médecins qui s'en sont occupés sont divisés en 2 camps. Les uns admettent que la mélancolie avec stupeur est bien, comme le dit M. Baillarger, une mélancolie, c'est à dire reposant sur un délire triste, déterminé; d'autres, avec Delasiauve (comme Georget et Ferrus autrefois) admettent que la stupidité peut être une suspension

complète de l'intelligence, c'est à dire une espèce de démence, d'idiotisme accidentel, comme le disait Pinel. Il y a donc 2 groupes, 2 camps, parmi les médecins, sur l'observation de cet état. La discussion est encore pendante, mais, cependant on tend, de plus en plus, à se rallier à l'opinion de M. Baillarger, et, tout en admettant qu'il y a certains cas extrêmes, dans lesquels l'intelligence peut être considérée comme absolument suspendue, inerte; l'observation clinique prouve que, dans la généralité des cas, un délire intérieur existe, malgré ces apparences extérieures de stupidité et, par conséquent, au lieu de classer

parmi les mélancoliques. La mélancolie avec stupeur, n'est donc qu'un degré extrême de la mélancolie dépressive, qui est la véritable mélancolie type. Ces malades dépressifs sont inertes en quelque sorte et muets; ils restent des J^{res} entières assis ou couchés; ils ont une répugnance absolue pour le mouvement; ils restent dans la même attitude, dans la même position, dans un coin, la tête baissée, isolés, ne répondant à aucune question, ne se mêlant en rien au monde. Lorsqu'ils sont en liberté, comme cela arrive souvent, ils s'enferment chez eux, se mettent dans l'obscurité, restent au lit, ou bien dans l'inaction la plus absolue; ce sont de vrais mélancoliques. Cette

mélancolie peut être à un 1er degré, pres_
que sans délire, elle peut consister seule_
ment dans ce fonds mélancolique, sans
idée prédominante : C'est ce qu'on a appelé
les mélancolies sans délire.

Dans la pratique privée on voit souvent
des malades dans cet état, qui ne sont
pas enfermés, qui ne sont pas considérés
comme aliénés. Ils ont des humeurs noires
et quelquefois cet état peut les pousser au
suicide, mais ils n'ont pas de conceptions
délirantes déterminées. Ils sont tristes
sans motifs, inquiets, malheureux, mais
ils ne portent sur aucune idée déterminée ce
fonds maladifs. Dans la plupart des
cas, ce n'est là qu'une période. Après

avoir passé par cette dépression simple, les malades arrivent à certaines conceptions délirantes, au délire par la voie ordinaire, c'est à dire que les idées fausses germent sur le sol maladif ; ces malades arrivent aux idées de culpabilité, de criminalités, à des idées analogues à celles de la mélancolie anxieuse, mais leur état général est tout à fait différent. Au lieu d'être sans cesse en mouvement, de gémir, ils sont immobiles et inertes. Ils arrivent presque toujours au refus des aliments et on est obligé d'appliquer la sonde pour les nourrir artificiellement. Il y a des degrés différents dans cet état, depuis la simple dépression sans délire jusqu'à la

stupeur qui aboutit à la stupidité ; mais ce ne sont que des degrés successifs d'un même état, c'est la mélancolie dépressive, aboutissant souvent à la stupeur.

Quand les malades arrivent à un degré avancé de cet état stupeur, ils ont des caractères particuliers, moraux et physiques.

Il semble que ces malades sont transformés en statue, qu'ils ont cessé de vivre intellectuellement : le regard, l'attitude, la physionomie, tout semble indiquer la stupidité ; mais plusieurs signes, plusieurs symptômes, prouvent qu'il y a délire intérieur. C'est ce que M. Baillarger a très bien décrit. Il s'est appuyé, d'une part, sur les phénomènes

observés pendant la maladie et, d'autre part, sur les témoignages des convalescents ou des malades guéris. Pendant la maladie, il arrive assez souvent que ces malades qui, la plupart du temps, n'ont aucune manifestation, en ont cependant une tout-à-coup, par la paroles ou par les actes, qui trahit un délire intérieur. Ils expriment parfois des terreurs anxieuses et prononcent certains mots indiquant la terreur dans leur état mental. Dans d'autres cas, ils se livrent à un acte spontané, ils cassent un verre, donnent un soufflet, lancent un objet à la tête d'un passant, injurient, se laissent aller à certains actes instantanés, rapides, qui dénotent une persistance de la vie intellectuelle. Chez les femmes surtout, c'est à l'époque des règles

et pendant la menstruation que se produisent ces actes rapides, mais c'est surtout pendant la convalescence que l'on obtient des malades des aveux précieux à cet égard. Ils vous disent alors, qu'ils sortent comme d'un cauchemard. Pendant toute leur maladie, ils ont été sous le coup d'une panophobie universelle; ils se croyaient dans l'enfer, dans les catacombes, devant des personnages effrayants. Non seulement ils voyaient, mais ils entendaient des voix terribles qui les pétrifiaient, qui leur défendaient de faire un seul mouvement; de sorte que cette attitude extérieure, qui tient certainement à l'état maladif lui-même, tient aussi, dans certains cas, à certaines conceptions déli-

lirantes qui immobilisent les malades, qui leur défendent de parler, de marcher, de bouger. M. Baillarger a très bien décrit cet état, et a publié un grand nombre d'observations confirmatives de cette opinion. Il est donc établi aujourd'hui, dans la plupart des cas de stupeur, même la plus avancée, qu'il y a un délire persistant indépendamment de l'état général d'affaissement et de stupidité. Cet état mental est souvent accompagné de phénomènes physiques très prononcés. Il y a d'abord tous les phénomènes physiques dont je vous parlais tout à l'heure, mais ils sont exagérés, plus intenses dans la stupeur que dans les autres mélancolies

Ces malades, en effet, ont les extrémités froides, œdématisées, souvent cyanosées, la circulation se fait très mal, la circulation capillaire est presque arrêtée, le pouls est lent, la respiration aussi et elle n'a lieu qu'un nombre de fois très limité par minute; enfin il y a des malades qui sont obligés de pousser des soupirs de temps en temps pour suppléer à la respiration qui est insuffisante; il y a un état d'affaissement général de toutes les fonctions organiques: la peau est sèche, rugueuse, les urines sont rares, les malades sont dans un état d'inertie et, au physique, dans un état très prononcé d'altération de la nutrition et de la circulation. On a décrit, sous ce rapport, des faits extrêmes qui arri-

nent presque jusqu'à la catalepsie. Aussi a-t-on établi le diagnostic différentiel avec la mélancolie avec stupeur et l'extase avec catalepsie. Les 2 névroses ont été étudiées séparément. La catalepsie ressemble par les apparences extérieures à la mélancolie avec stupeur; elle a pour caractère l'immobilité des membres qui restent dans la position imposée et, de plus, elle se produit sous forme d'accès plus ou moins longs et avec des intervalles de retour à la santé, ce qui n'a pas lieu dans la mélancolie avec stupeur. Il en est de même de l'extase qui est un délire intérieur, religieux le plus souvent. C'est un rêve intérieur beaucoup plus actif, plus intelligent, plus mouvementé que les quelques délires intérieurs qui existent dans la mélancolie

avec stupeur, de sorte qu'on arrive très facilement à établir le diagnostic différentiel entre la mélancolie avec stupeur et ces 2 névroses : l'extase et la catalepsie.

Cette maladie a une étiologie spéciale. Elle succède, dans certains cas, à des fièvres graves, typhoïdes, pernicieuses, à des fièvres des pays chauds. Dans d'autres cas, elle succède à des névroses, à l'épilepsie, l'hystérie. Il y a des hystériques transformées qui arrivent à la stupeur; c'est même une variété d'hystérie mentale sur laquelle M. Morel a insisté dans ses ~~cliniq~~ études cliniques, et qui mérite de fixer l'attention, parce que ces malades, très jeunes, souvent de 15 à 25 ans, passent très rapidement de l'hys-

tère simple à l'hystérie transformée, à l'état maniaque, à la stupeur et à l'incurabilité. Ces hystériques arrivent rapidement à une démence précoce, de sorte que, dans ces cas particuliers, au lieu de croire à la guérison, le pronostic doit être considéré comme très grave, et la plupart de ces hystériques transformés restent toute leur vie dans cet état de stupidité, de stupeur ou de démence. Il est donc très important de tenir compte de l'origine de la mélancolie avec stupeur, quand elle succède à des fièvres graves, à la fièvre typhoïde, à l'hystérie, elle est ordinairement grave et presque incurable. Autrefois on croyait que les maladies mentales qui succédaient à la fièvre typhoïde, étaient en général curables. Au contraire,

on ne guérit pas les véritables ~~mentales~~ maladies mentales. Les délires typhoïdes guérissent mais les maladies mentales consécutives à la fièvre typhoïde sont incurables ordinairement. Il en est de même des stupeurs qui succèdent à l'hystérie transformée. Dans les autres cas, quand la maladie a été produite sous l'influence d'une cause physique ou morale, à la suite d'une émotion très vive, d'un chagrin, d'un bouleversement total de l'état nerveux ou de l'état mental, la mélancolie avec stupeur dure très longtemps, mais elle peut guérir et elle guérit souvent, même après de longues années; on ne doit pas désespérer ordinairement la guérison du mélancolique

avec stupeur, quelque soit la durée de la maladie.
On a cité des Ex. de guérison après 10, 12 ans et même davantage. La mélancolie avec stupeur est donc une forme continue, une forme de mélancolie qui s'aggrave progressivement, qui arrive jusqu'à la stupeur et à la stupidité, mais qui est très curable dans la plupart des cas, quand elle ne succède pas à la fièvre typhoïde ou à l'hystérie. Cette curabilité a encouragé les médecins dans les moyens thérapeutiques à employer à cette maladie. On a employé contre elle les moyens les plus violents et souvent on a réussi. D'abord l'hydrothérapie qu'on emploie toujours, puis l'électricité, les cautérisations, le tartre stibié sur le sommet du crâne, ont été employés

contre la mélancolie avec stupeur, souvent avec succès, même après un long temps de maladie. L'anatomie pathologique de cette maladie a été l'objet d'études attentives également. Georget d'abord, et M. Etoc de Mazy, en 1834, ont attiré l'attention sur l'œdème cérébral qui existait souvent, d'après ces auteurs, chez les mélancoliques avec stupeur, quand on peut faire leur autopsie, quand ils meurent dans une période avancée de la maladie, on a constaté souvent de l'œdème cérébral, des méninges, des ventricules. Ce caractère avait même été donné comme constant à l'origine, mais depuis lors, on a fait des autopsies et on a vu que, dans beaucoup de cas, cette lésion n'existe pas; mais enfin elle est plus fréquente que dans d'autres

variétés de la mélancolie. Elle mérite donc d'être notée.
Je n'ai eu qu'un but en attirant votre attention sur ces faits dont je parle rapidement : c'est de vous montrer qu'au lieu de diviser les mélancolies, comme on le fait généralement, d'après les conceptions délirantes ou d'après les facultés lésées, au lieu de dire qu'il existe des mélancolies de suicide, homicides, intellectuelles, sensorielles, sentimentales ou impulsives, etc au lieu de diviser les mélancolies d'après les facultés lésées ou d'après les actes prédominants, ou les idées dominantes, il faut chercher ailleurs des caractères scientifiques, plus sérieux, plus solides et plus constants. Or, dès à présent, sans être arrivé à une classification vraiment na_

turelle des mélancoliques, nous avons déjà des notions générales qui peuvent nous servir pour entrer dans ce mode de classement plus naturel. Ces notions reposent sur des faits généraux, sur l'état général de la mélancolie. Dans un cas, vous avez une dépression, une inertie de toutes les forces intellectuelles, morales, et physiques. Vous avez des malades immobiles, inertes, qui ne prononcent aucune parole, ne font aucun mouvement; d'autre part, vous avez les mélancoliques anxieux qui s'agitent, remuent, vont viennent, parlent, gémissent, ont des manifestations extérieures absolument différentes les unes des autres; ou bien vous avez des mélancoliques avec conscience, ce qui est

un fait capital dans l'histoire des ~~les~~ maladies mentales, des mélancoliques qui ont des idées qui s'imposent, des impulsions, des sentiments qui s'imposent, qui résistent, qui repoussent ces sentiments et ces impulsions, qui les combattent, qui luttent et qui, cependant, ne peuvent pas s'en débarrasser. Ils ont conscience de leur état, ils savent qu'ils sont malades, que les idées qui les obsèdent sont fausses et ils ne peuvent pas parvenir à les dompter. Il y a là un automatisme cérébral pathologique qui s'impose à ces malades et qui constitue une véritable maladie avec conscience. Eh bien, ces distinctions fondamentales, quelles que soit la nature des idées délirantes, sont bien plus importantes que les distinctions basées seulement

des faits extérieurs, saillants à première vue. D'un côté vous avez, ce que tout le monde peut voir, un mélancolique qui a des idées de suicide, d'homicide, qui se livre à des actes déterminés. Tous ceux qui vivent avec les aliénés peuvent constater ces faits là; mais les classifications vraiment médicales et scientifiques sont plus difficiles à établir et à constater par l'observation particulière. Le médecin ne doit pas se borner à ces constations superficielles, il doit chercher l'état général qui sert de base à toutes ces conceptions délirantes.

Cet état général qui présente d'une part la mélancolie anxieuse et, d'autre part, la mélancolie dépressive, est une base de classification bien plus solide que

celle des idées, des sentiments prédominants; c'est toujours dans la même voie qu'il faut chercher à faire entrer la science, c'est à dire dans celle des observations générales à la fois physiques et morales, et, en même temps, dans la voie de la marche, de l'évolution des maladies. Or, vous avez précisément une marche en rapport avec ces derniers états morbides; vous avez les mélancolies anxieuses qui sont généralement intermittentes, vous avez la mélancolie avec stupeur qui est continue mais curable et qui aboutit le plus souvent à la guérison. Vous avez, d'autre part, le délire de persécution, dans la mélancolie active qui, au contraire, est une maladie qui ne guérit jamais et qui est essentiellement rémittente

qui présente des paroxysmes et des rémis-
sions à intervalles très éloignés. Par consé-
quent, la marche de la maladie est en
rapport avec la diversité des symptômes
physiques et moraux. Vous avez donc
là une base de classification plus na-
turelle, puisqu'elle repose sur un ensemble
de phénomènes intellectuels, moraux et
physiques et sur une marche déterminée
C'est toujours dans cette voie que l'on
doit chercher à pousser la science pour
faire avancer l'étude des maladies men-
tales.

Dans la prochaine séance, j'aborderai
avec vous la question des folies hérédi-
taires. C'est une question très grave,

très importante, qui est entrée dans la science, surtout sous l'influence de M. Morel, et qui, aujourd'hui, fixe l'attention, et ~~aussi~~ avec raison, d'une manière toute particulière.

---

14 Décembre 1884.

Messieurs,

Dans la description des formes nouvelles des maladies mentales, que j'ai entreprise cette année, je suis arrivé aujourd'hui de la folie héréditaire.
Cette espèce ou ce genre de folie est encore aujourd'hui très contesté et contesté par des raisons

que je vous exposerai tout à l'heure
et qui ont certainement une assez gra[nde]
valeur.
Malgré cette contestation, je crois que
il est possible aujourd'hui, depuis
les travaux de Morel, d'établir
des caractères généraux des folies
héréditaires et c'est ce que je vais
essayer aujourd'hui d'une ma-
nière très rapide, car il est dif-
ficile de résumer en une seule
leçon, tout ce qui a été dit et
écrit sur ce sujet.
Je chercherai seulement à vous
donner des indications générales

pouvant servir de guide dans l'étude
de cette question si complexe.
L'hérédité des maladies mentales
est un fait connu de tout temps
qui a été admis par tous les au_
teurs.
Personne ne conteste l'hérédité très
fréquente des malades mentales.
On peut varier sur le degré et les
statistiques à cet égard sont diver_
gentes ; ces statistiques qui ont
été faites dans tous les pays
du monde ; en France, en Alle_
magne, en Angleterre, en Amé_
rique, sont extrêmement discor_

dantes et l'on s'explique très faci-
lement ces divergences chez les au-
teurs.

Rien n'est difficile, en effet, comme
d'établir l'hérédité du maladie
mentale ; c'est un problème ex-
trêmement complexe et qui
est sujet à toutes sortes de cau-
ses d'erreur.

L'hérédité est souvent niée ou
méconnue par les familles et
par les malades. D'un autre
coté, dans les grands services
d'aliénés, on manque de rensei-
gnements, et même avec des re-

cherches très attentives, on a beaucoup de peine à arriver à la vérité et à constater l'hérédité directe des maladies mentales, c'est à dire l'hérédité provenant directement du père et de la mère, à plus forte raison lorsqu'on étend la sphère de l'hérédité, comme nous allons le dire tout à l'heure, d'un autre côté.

Les familles n'admettent pas, la plupart du temps, l'hérédité de leur malades, l'hérédité chez les ascendants; d'autres la méconnaissent complètement. Il y a donc de nombreuses causes d'erreur

on comprend parfaitement comment il y a des dissidences très grandes entre les auteurs.

Cependant, le fait général de l'hérédité est tout à fait admis par les médecins, à divers degrés, mais son interprétation varie extrêmement et c'est sur ce sujet que des dissidences profondes existent encore aujourd'hui parmi les médecins qui s'occupent de l'étude des maladies mentales.

Je n'ai pas à vous parler de l'hérédité en général ni de l'hérédité physiologique, ni de l'héré_

dité morbide. C'est un sujet trop étendu, trop complexe et qui mériterait à lui seul une étude spéciale; je veux me limiter exclusivement à la question de l'hérédité des maladies mentales; c'est déjà un sujet assez vaste.

Cette hérédité a d'abord été comprise uniquement sous sa forme la plus rigoureuse, c'est à dire comme hérédité directe; on n'admettait comme maladies héréditaires que celles qui étaient absolument semblables chez le père ou la mère ou chez l'enfant, l'hérédité direct

et similaire, ainsi, par exemple, dans les névroses, l'épilepsie produit l'épilepsie, comme disaient les anciens « epilepticus autem genuit epilepticum » On ne comprenait l'hérédité que dans son sens le plus restreint.

Peu à peu, on a étendu la sphère de l'hérédité; on l'a étendue d'abord dans les ascendants, on a admis l'hérédité directe; on a admis l'hérédité indirecte, comme dans les races végétales et animales, c'est à dire l'hérédité provenant des aïeux, des ancêtres, au lieu

de provenir directement des parents immédiats ; on a admis collatérale, c'est à dire l'hérédité provenant des parents qui ne sont pas les parents directs : c'était encore la sphère de l'hérédité similaire.

Mais, depuis une cinquantaine d'années surtout, on a beaucoup plus étendu la sphère de l'hérédité. On a admis les transformations héréditaires, on a admis, et l'expérience le démontre tous les jours, que les maladies nerveuses peuvent se transformer en maladies mentales ; il y a parenté étroite entre les grandes névroses, l'hys-

térie, l'épilepsie et les diverses variétés des maladies mentales; il y a parenté également entre ces névroses et les formes de dé-générescence plus avancées, telles que l'idiotisme et l'imbécillité

On a donc étendu la sphère de l'hérédité et on a admis les transformations héréditaires. Ce fait est parfaitement établi par l'observation de tous les jours; il est certain que chez beaucoup de parents d'aliénés, au lieu de trouver des formes vésaniques, on trouve des névroses, des ma-

ladies du système nerveux.

C'est là qu'on en était, lorsque Morel a commencé ses travaux sur les dégénérescences. Monsieur Prosper Lucas, entre autres, qui a fait un grand traité de l'hérédité morbide et pathologique. M. Moreau, de Tours, qui toute sa vie, s'est occupé de ses questions avec un grand zèle et un grand succès, admettaient, comme d'autres médecins de la même époque, admettaient dis-je, des transformations héréditaires, des névroses se trans-

formant en maladies mentales.
Mais on n'avait pas encore trouvé la grande idée qui fait la base des travaux de Morel.
Cette idée peut se résumer ainsi :
L'hérédité nerveuse ne se borne pas à transmettre aux descendants des maladies nerveuses ou des maladies mentales, mais elle peut agir sur l'ensemble de la constitution de l'individu.

L'hérédité reposant sur le germe, reposant sur le fait primitif de la génération, l'hérédité par le système nerveux

Vous voyez donc que l'idée de l'héré-dité pathologique s'est étendue démesurément par suite de l'introduction de ce principe général.

C'est ainsi que Morel a compris les dégénérescences.

Il les a appliquées à toutes les maladies nerveuses et à toutes les maladies mentales; il a admis que la névropathie générale, l'état nerveux était le point de départ de toutes les maladies qui pouvaient s'aggraver successivement, s'aggraver de génération en génération et aboutir ainsi, au bout d'un cer-

tain nombre de générations, à la sté-
rélité de la race et à la suppression
de la famille elle-même. Il a éta-
bli cette loi générale que l'on com-
mence par la névropathie et qu'on
arrive successivement à des formes
nerveuses diverses, à des formes vé-
saniques, à l'imbécillité et à l'i-
diotisme, et enfin peu à peu à la
stérélité de la race et à son extinc-
tion.

Telle est la loi générale appliquée
par Morel aux dégénérescences de
toutes les maladies et qui comprend
naturellement la folie héréditaire

dans ce vaste ensemble.

Je ne puis pas insister plus longuement aujourd'hui sur ces généralités relatives à l'hérédité : mon but est d'arriver à préciser davantage la description et à m'occuper de la folie héréditaire.

Existe-t-il réellement une folie héréditaire?

Voilà le premier point qu'il s'agit d'examiner.

Beaucoup d'auteurs, jusqu'à notre époque, ont nié absolument cette folie héréditaire.

Pinel admettait, jusqu'à un

certain point, que les héréditaires avaient des signes particuliers, il y a même un chapitre remarquable sous ce rapport qui n'est pas long mais qui est très catégorique, dans Pinel, sur les ~~ma~~ folies originelles. Il en est de même d'Esquirol qui, dans plusieurs passages de ses ouvrages, a donné de main de maître, quelques traits caractéristiques des folies héréditaires. Mais la plupart des élèves de Pinel et d'Esquirol n'admettaient l'hérédité que comme

agit donc sur la formation des organes ; c'est ce qu'on a appelé : Le nisus formations, c'est à dire que l'hérédité détermine chez les descendants non seulement des maladies nerveuses ou des maladies mentales, mais des déformations organiques pouvant porter sur tous les organes de l'économie.

C'est là l'idée principale, l'idée maîtresse, l'idée mère, de tous les travaux de Morel, et c'est sur cette idée qu'il a basé sa théorie des dégénérescences.

Les maladies nerveuses et mentales

ne produisent pas seulement chez les descendants des maladies du même ordre, mais peuvent agir même sur la formation des organes.

Les individus sont, non seulement dégénérés au moral et au point de vue du système nerveux, mais ils sont encore dégénérés au point de vue des autres organes de l'économie.

L'on constate chez les descendants d'aliénés, chez les descendants d'hystériques, épileptiques, hypocondriaques, des modifications or-

ganiques permanentes, telles que le bégayement, le strabisme, le bec de lièvre, des déformations organiques de tous les organes et surtout des organes génitaux, sur lesquels j'insisterai tout à l'heure.

Telle est la loi générale établie par Morel, c'est que le système nerveux présidant à la formation des organes, détermine chez les enfants de malades nerveux ou vésaniques, des perturbations organiques, des déformations et des déviations organiques.

Et, chose remarquable dans le traité

si important de Geoffroy S.t Hilaire sur les déformations, sur les anomalies de l'organisation, ce fait n'est même pas mentionné comme cause de toutes ces déformations organiques.

C'est donc une idée absolument nouvelle que Morel a introduite dans la science, à savoir que la cause principale des difformités et des anomalies de l'organisation réside dans un trouble probable du système nerveux chez les ascendants.

cause générale de la folie et n'admettaient pas qu'il y eut une folie spéciale en rapport avec cette cause.

C'est Morel qui a introduit cette idée dans la science et qui a cherché à la démontrer.

Tous les ouvrages de Morel à cet égard, sont extrêmement remarquables, très interessants, seulement les idées sont souvent exprimées sous une forme trop vague, trop générale, un peu obscure et manquant de précision, de sorte qu'il n'a pas produit l'effet qu'il aurait dû produire, s'il

avait exposé plus méthodiquement ces idées toutes nouvelles qu'il a réellement découvertes.

Il importe donc de chercher à mettre plus de précision dans les idées de Morel et c'est ce que je vais chercher à faire aujourd'hui, après M. Legrand du Saulle qui a fait, sur les folies héréditaires, un travail extrêmement intéressant dans lequel la plupart des idées de Morel ont été très bien ~~mesu~~ résumées.

Tout récemment encore, un jeune médecin vient d'obtenir un prix

à la société médico-psychologique sur ce sujet : c'est le docteur Saury. Son mémoire sera peut-être publié. Il est incomplet, il est un peu court, mais il contient un résumé très exact de la plupart des caractères des folies héréditaires.

La première question est de savoir comment on peut établir l'existence d'une folie héréditaire.

Il est certain que la plupart des formes de la folie peuvent être dues à l'hérédité. L'hérédité est donc une cause générale qui

agit sur toutes les formes les plus diverses de la folie, la folie épileptique, la folie hystérique, le délire de persécution; en un mot toutes les formes que nous avons étudiées jusqu'à présent et que nous reverrons plus tard, sont très souvent héréditaires.

Il faut donc faire cette part très large de l'hérédité dans la folie. Mais ces formes ont des caractères particuliers, elles sont susceptibles de description, elles ont un ensemble de caractères qui permettent de

de les distinguer et de les séparer des autres variétés de la folie. On ne peut donc pas les appeler spéciale_ment folies héréditaires. C'est après avoir défalqué toutes ces formes chro_niques de la folie, qui sont dues souvent à l'hérédité que l'on arrive à une dernière forme qui ne peut se caractériser que par cette étiologie, que par ce caractère spécial dû à l'hérédité des ascendants.

Eh bien, c'est ainsi que, par élimi_nation, on arrive à établir une folie héréditaire, au moins dans l'état actuel de la science, dis_tincte des autres variétés de la

folie.

Or, on arrive à ce résultat extraordinaire à première vue, mais que l'observation confirme parfaitement, c'est que les folies héréditaires sont presque synonymes des folies raisonnantes, des manies sans délire, des folies morales ou des folies des actes.

Cette catégorie mentale qui avait été établie par Pinel d'abord, qui a été suivie et contestée par ses successeurs, ses contemporains, folie des actes, folie morale, folie raisonnante, catégorie qui a été très contestée et qui, en effet, méritait de l'être parcequ'elle se rattache

à beaucoup de formes de maladies mentales, cependant cette catégorie est assez distincte et susceptible d'une description particulière assez nette par elle-même pour mériter d'être concernée à ce point de vue, une fois bien limitée.

Eh bien, en cherchant bien, on découvre que cette folie raisonnante n'est pas autre chose que la folie héréditaire de Morel.

On arrive donc par deux voies différentes à la même conclusion : par la voie de l'observation symptomatique et par la voie étiologique

on arrive au même résultat, à savoir qu'étant donné toutes les formes connues de maladies mentales, toutes les formes naturelles, toutes les formes les mieux délimitées, on arrive cependant à un caput mortuum, à une catégorie d'aliénés spéciale qui ne peut être délimitée et déterminée qu'en la rattachant à l'hérédité.

Or, cette catégorie est surtout caractérisée par le délire du caractère, par le délire des sentiments moraux, par le délire des actes, c'est à dire n'est pas autre chose que

que la manie sans délire, que la folie morale ou la folie raisonnante.

On est ainsi arrivé, par deux voies différentes, au même résultat.

Les successeurs, les élèves de Pinel et d'Esquirol y sont arrivés par la voie symptômatique, Morel y est arrivé avec d'autres auteurs, par la voie étiologique; mais, en somme, le résultat est le même et, dans l'état actuel de la science, on doit considérer les fous raisonnants, les maniaques sans délire, les malades atteints du délire des actes

comme de véritables aliénés héréditaires,
et confondre, jusqu'à nouvel ordre,
cette description dans une descrip-
tion unique et spéciale sous le
nom de folies héréditaires.
C'est ainsi que l'on doit compren-
dre la folie héréditaire créée par
Morel ; on doit la limiter à la
folie des actes, à la folie basée sur
le caractère, sur les altérations du
caractère plus que sur les troubles
de l'intelligence.
Nous allons donc commencer par
faire cette description et nous ar-

rinerons ensuite à des considérations d'ensemble sur la folie héréditaire.

Pour faire clairement la description de cette espèce de folie, il faut établir trois distinctions : signes physiques, signes tirés de l'ordre intellectuel, signes tirés de l'ordre affectif ou moral.

Signes physiques.

Il n'y a, pour décrire les signes physiques de la folie héréditaire qu'à suivre, en quelque sorte, pas à pas, les travaux de Monsieur Morel.

Morel a dispersé dans ses

ouvrages, mais a très nettement décrit tous les signes physiques permanents des héréditaires.

Les premiers signes portent sur le crâne.

Le crâne des héréditaires est presque toujours déformé dans un sens ou dans l'autre.

Il y aurait, à cet égard, des études plus complètes à faire et qui n'ont été que commencées par Morel.

Le crâne des héréditaires est souvent asymétrique, l'une des

portions de la tête est plus développée que l'autre ; il est souvent déformé soit en avant, soit en arrière ; dans certains cas le front est fuyant, extrêmement bas, la tête très allongée d'avant en arrière ; dans d'autres cas, au contraire, il y a comme une déperdition de substance de toute la partie postérieure, il semblerait que la partie postérieure du crâne a subi comme un coup de hache qui aurait retranché tous les globes occipitaux de la partie postérieure du crâne et du cerveau.

C'est un signe sur lequel Campagne, dans son traité de la folie raisonnante, a insisté avec raison; sur treize observations groupées par lui, il y en a onze dans lesquelles on constate cette déformation particulière du crâne qui est privé pour ainsi dire de sa partie postérieure, tandis que la partie antérieure est assez saillante et assez développée.

Il ne faut pas confondre avec ces vices primordiaux, congénitaux du crâne, certaines dé-

formations qui sont dûes à des circonstances accidentelles.

Ainsi, par exemple en Normandie, dans certaines parties de la France, on comprime le crâne des enfants dès leur naissance, on le déforme, on lui donne une forme particulière qui est bien connue en Normandie et qui est accidentelle, qui est produite après la naissance, qu'il ne faut pas confondre avec les formes congénitales.

Je ne puis qu'indiquer très rapi_

dement les signes, n'ayant pas le temps d'insister sur chacun d'eux. L'asymétrie du crâne correspond à l'asymétrie de la face, la plupart des malades prédisposés par l'accumulation de l'hérédité dans la famille, ont une face asymétrique, un des côtés de la face est plus développé que l'autre.

Monsieur Lasègue qui a beaucoup insisté sur ce fait à propos de l'épilepsie, faisait cette remarque que, chez certains aliénés, la même déformation existait, et

il vouloit même, dans les dernières années de sa vie, faire un travail intitulé : « Le Strabisme de la face » manière ingénieuse, originale, de désigner cette déformation portant non seulement sur les parties osseuses mais même sur les parties musculaires.

Il y a, en effet, ceci de remarquable que chez beaucoup d'aliénés héréditaires, il y a non seulement asymétrie des deux portions de la face, mais il y a également des phénomènes nerveux, des phénomènes permanents, soit de contracture, soit des tics qui sont extrêmement fréquents et qui se produi-

sent tantôt dans une portion de la face, tantôt dans l'autre; car un autre caractère, un autre signe des folies héréditaires dont je vais vous parler, ce sont les tics de la face.

La plupart des malades héréditaires ont des tics, soit dans les yeux, soit dans les paupières, soit dans les divers muscles de la face, soit dans le cou.

Il y a beaucoup de tics nerveux qui sont liés à des maladies nerveuses ou mentales.

Il en est de même du strabisme. Le strabisme est extrêmement fré-

quent chez les descendants d'aliénés, chez les malades héréditaires. Le bégayement lui-même, bégayement de diverses natures, doit être souvent relié à l'hérédité nerveuse.

Il en est de même de certaines déviations de la face, de certaines contractures, de certains tics.

Vous voyez que, même en se bornant à la face et à la tête, voici déjà plusieurs signes permanents, très importants pour distinguer les héréditaires des autres malades, des autres aliénés.

Un autre signe sur lequel Morel a beaucoup insisté après Tourille, c'est

la déformation des oreilles ; c'est un signe qu'on l'a accusé d'avoir exagéré, mais qui a certainement une grande importance :

Les oreilles, au lieu d'être formées régulièrement, présentent chez les héréditaires, des déformations variées : tantôt elles sont complètement aplaties, absolument sans saillie ; l'oreille est plate comme une feuille de papier, comme une feuille de parchemin ; dans d'autres cas, le lobule est comme supprimé, et n'existe pas ou n'est pas suffisamment détaché ; dans d'autres cas

enfin, l'oreille est très petite, ratatinée sur elle-même, ou bien les deux oreilles ne sont pas semblables, elles sont asymétriques ; il y a, en un mot, des déformations des oreilles extrêmement fréquentes chez les malades prédisposés par l'hérédité, aux maladies nerveuses ou mentales.

On objectera à cela qu'il y a beaucoup d'hommes distingués, ou même d'hommes supérieurs, qui présentent ces déformations des oreilles ; on peut même dire, sans blesser personne, qu'il y a bien souvent, dans les Académies, à l'Institut,

des hommes très remarquables qui présentent ces déformations, mais ceci ne prouve rien contre la théorie générale ; ceci rentre un peu dans la théorie de Monsieur Moreau de Tours, qui a admis que le génie n'était qu'une forme de névrose, n'était qu'une forme de l'hérédité nerveuse. Mais, sans entrer dans cette question générale, je signale le fait.

Il y a ceci de remarquable, en effet, que, dans certaines familles d'héréditaires, il y a des individus isolés qui ont des facultés supérieures, qui

font des découvertes, qui sont des hommes éminents, des hommes remarquables, mais qui, souvent, ne sont que des intelligences partielles et limitées à certaines facultés, à certaines catégories de choses.

Quoiqu'il en soit, le fait général est très vrai : c'est que ces déformations des oreilles sont, en général, un signe qui peut mettre sur la voie, qui peut mettre sur la trace de la découverte de l'hérédité nerveuse dans les familles.

Je continue l'exposé des signes. Nous avons, en descendant, nous avons des muscles du cou qui

sont contracturés, convulsés. Il y a des déformations de la tête, il y a des inclinaisons à droite, des inclinaisons à gauche, il y a des signes physiques qui correspondent à l'hérédité nerveuse. Morel a poursuivi ainsi les signes physiques de l'hérédité de tous les organes de ~~l'hérédité~~ l'économie.

Il est arrivé même, à relier certaines maladies, comme l'angine de poitrine, comme certaines affections, certaines affections nerveuses du cœur ou des organes thoraciques, à l'hérédité nerveuse, à l'hé-

rédité pathologique.

Mais c'est surtout sur les organes génitaux que doit porter l'observation.

Il y aurait, à cet égard, un traité, une monographie extrêmement intéressante à faire, non seulement sur les déformations organiques tangibles et visibles des organes génitaux qui sont fréquentes chez l'homme et chez la femme, déformations de toute nature, anomalies de l'organisation, hermaphrodisme, altération des sexes, etc etc (je n'entre pas dans le détail) non seulement sur

les monorchides, les kryptorchides, toutes les variétés spéciales des altérations et des anomalies des organ génitaux chez l'homme et chez la femme; mais c'est surtout au point de vue fonctionnel que les perversions génitales ont un signe caractéristique de l'hérédité morbide et nerveuse.

La plupart des personnes prédisposées à la folie, prédisposées aux maladies nerveuses par l'hérédité, ont des altérations, des perversions génitales.

Ce sujet n'a pas été bien étudié ; il a été étudié au point de vue des organes génitaux, au point de vue local, mais il n'a pas été étudié au point de vue de l'ensemble, au point de vue général ; or, la plupart des personnes qui sont atteintes de perversions génitales, qui ont ce que les Allemands ont appelé récemment l'interversion des sexes, c'est à dire la propension pour le sexe auxquels elles appartiennent elles-mêmes, sont des héréditaires, toutes les perversions génitales, en un mot, y compris l'onanisme

poussé à un degré extrême, au degré instinctif, au degré incessant qui existe chez certains individus prédisposés, toutes ces perversions génitales, sont dûes généralement à l'hérédité morbide, à l'hérédité des névroses et des maladies mentales.

C'est un sujet des plus intéressants qui mériterait d'attirer l'attention des observateurs.

Indépendamment de ce point principal des altérations génitales, il y a encore d'autres lésions organiques plus constantes, qui sont liées à l'hérédité nerveuse.

Vous avez le bec de lièvre, vous avez les hernies, vous avez des déformations organiques, vous avez des pieds bots, en un mot beaucoup de déformations qui sont étudiées par les naturalistes ou par les chirurgiens, comme déformations dues à des causes accidentelles, à des causes occasionnelles, doivent être attribuées, en réalité, à une cause supérieure, c'est à dire à l'hérédité morbide de nature nerveuse, et c'est ce que Morel a établi de la manière la plus catégorique dans tous ses travaux, dans tous ses écrits.

Indépendamment de ces signes phy-
siques sur lesquels j'ai été obligé de
passer très rapidement, nous arrivons
maintenant aux signes de l'ordre
intellectuel et moral.

Au point de vue de l'ordre
intellectuel, un fait capital c'est
que les folies héréditaires ont beaucoup
moins de troubles de l'intelligence
que les autres variétés de la folie.
Le fait général est ceci : c'est que
les folies héréditaires sont caracté-
risées par des troubles du carac-
tère, des affections, des instincts

par le délire des actes et peu carac-
térisées par le délire de l'intelli-
gence ; Ce sont, comme l'a dit avec
beaucoup de raison Monsieur Trélat,
ce sont des folies lucides, ce sont
des folies dans lesquelles l'intelli-
gence conserve son activité et conserve
même une activité supérieure, sous
certains rapports : la plupart des hé-
réditaires ont des facultés éminentes,
des facultés isolées, partielles, mais
très développées. Ils sont, par ex.
très bien doués sous le rapport de
la musique, du calcul, de la mé-

canique, des mémoires spéciales ; il y a des héréditaires qui ont une mémoire extraordinaire, et une mémoire portant sur certains points, sur les dates, sur les mots, sur les événements historiques, sur certains détails particuliers.

Ce sont des facultés spéciales qui se développent dès l'enfance et qui, souvent, sont extrêmement développées même chez les enfants.

Le jeune Mondeux dont on a tant parlé il y a une trentaine d'années, qui a été présenté à l'Institut, qui était tout

à fait exceptionnel au point de vue de la faculté, était un épileptique, il était un prédisposé et, chez lui, chose remarquable (cela arrive assez souvent) cette faculté spéciale, éminente, hors ligne, s'est éteinte peu à peu après l'âge de la puberté, il est tombé dans l'idiotisme, et il a cessé de posséder cette faculté qu'il avait à un si haut degré dans son jeune âge. Or, ce sont des faits qui se produisent assez souvent et qui s'appliquent à toutes ces facultés spéciales, mais beaucoup d'autres ne perdent pas ces fa-

cultés spéciales et les conservent pendant toute leur vie ; et c'est ainsi que l'on voit des musiciens, des mathématiciens, des hommes éminents au point de vue de facultés spéciales, être, du reste, sous beaucoup d'autres rapports, des hommes relativement faibles d'intelligence, et ayant, en même temps, des perturbations morales, des excentricités, des bizarreries de caractère qui attirent l'attention, malgré l'éminence de leurs facultés spéciales

C'est un caractère essentiel des prédisposés par l'hérédité, caractère qui se manifeste dès le jeune âge et qui peut se perpétuer pendant la vie.

L'intelligence des héréditaires n'est cependant pas indemne ; il y a, dans l'intelligence des troubles spéciaux, des troubles qui méritent de fixer l'attention, des troubles qui peuvent exister à un degré encore physiologique, ou bien qui peuvent arriver au point de caractériser une véritable maladie

mentale.

Au degré en quelque sorte physiologique, nous avons d'abord les inventeurs; c'est une catégorie spéciale d'héréditaires; les membres de l'Institut qui sont chargés, dans la commission, d'examiner les personnes qui présentent des découvertes nouvelles, savent très bien à quoi s'en tenir à ce sujet.

J'ai entendu plusieurs fois Claude Bernard qui avait des relations très fréquentes avec Morel, causer avec lui à ce sujet

et lui donner des renseignements extrêmement curieux, extrêmement utiles sur le caractère excentrique, bizarre, extraordinaire, de la plupart des inventeurs qui viennent demander des prix ou des récompenses dans les commissions de l'Institut.

Bernard avait, à cet égard, une quantité d'anecdotes, d'anectotes très vraies, extrêmement interessantes, qui ont fourni de grands éléments à Morel pour l'étude de ces inventeurs.

Ce sont de faux inventeurs ce ne sont pas des inventeurs à

idées générales, ce ne sont pas des hommes de génie, mais ce sont des hommes qui, souvent, découvrent des choses très utiles, seulement leurs découvertes sont partielles, incomplètes, mal coordonnées, mal élaborées et, en somme, la plupart du temps ils ne sont pas capables d'amener ces découvertes à bonne fin, au résultat déterminé. Il leur faut l'aide d'autres intelligences pour pouvoir compléter ces inventions partielles qu'ils ont faites, qu'ils ont trouvées comme instinctivement.

Il y a là toute une catégorie d'inventeurs qui mériteraient d'être étudiés et qui appartiennent très souvent à la famille des héréditaires.

Il y a d'autres malades qui sont des hypocondriaques. Beaucoup d'hypocondriaques appartiennent à la classe des héréditaires, mais la plupart de ces hypocondriaques sont spéciaux et mériteraient également d'être étudiés.

L'hypocondrie des héréditaires est très spéciale, elle pose sur des faits absolument absurdes, au lieu de porter comme l'hypocondrie en général, sur les poumons, sur le

cœur, sur la syphilis, sur les maladies parfaitement connues dont on se croit atteint; les hypocondriaques héréditaires croient que leur sang est figé, croient que leur sperme est passé dans leur sang, etc etc...

Ils ont des idées absolument absurdes, étranges, qui ne supportent pas l'examen, et qui sont la base de leur hypocondrie.

Il y a donc, sous ce rapport, un trouble intellectuel, même dans cette variété hypocondriaque.

Il y a d'autres ma-

ces malades qui présentent de grandes diversités, suivant les moments où on les observe. Ils ont des périodes de dépression et des périodes d'excitation, des périodes pendant lesquelles leur intelligence est surexcitée comme dans la forme circulaire dont je vous parlais dans une séance précédente, dans d'autres périodes, au contraire, l'intelligence est à peu près ralentie et ce sont presque des circulaires. C'est ce qui a fait dire d'une manière erronée à Morel que la forme circulaire des maladies mo_rales n'existait pas et que la circularité n'était qu'un des carac_

tères des folies héréditaires. Il avait raison à un certain point de vue, au point de vue de ces formes mal caractérisées de dépression et d'excitation sans régularité, mais il avait tort au point de vue de la forme régulière que je vous ai décrite dans une précédente séance.

Il y a d'autres malades qui sont encore plus troublés au point de vue intellectuel, et ceux-là ont dépassé la limite de l'état physiologique, de la simple

prédisposition, pour entrer en plein dans la maladie.
Les malades héréditaires ont des folies spéciales, ils ont des idées absurdes, des idées qui poussent tout-à-coup, qui surgissent inopinément, qui naissent on ne sait comment, qui arrivent subitement comme d'une boite à surprise et qui, le jour où elles se sont installées dans l'esprit du malade y restent avec une fixité, avec une permanence désespérante.

Il y a là, dans la naissance des idées fausses, chez les hérédi-

faires, un caractère spécial sur lequel on devrait insister plus qu'on la fait jusqu'à ce jour.

Chose remarquable, ces malades qui s'éprennent tout-à-coup d'une idée fixe, d'une idée fausse, qui la croient d'une manière absolue, qui ont, pendant longtemps, une conviction profonde, ardente; eh bien, ces malades peuvent, tout à coup, changer d'idée.

Un beau jour, l'idée cesse aussi vite qu'elle est apparue; après plusieurs mois, plusieurs années de durée, cette idée fixe

cette idée fausse absurde disparaît pour faire place à une autre.
C'est là un caractère des folies héréditaires qui mérite de fixer l'attention, sur lequel monsieur Magnan, en particulier, a raison d'insister dans ses leçons, et qui a été également l'objet de l'attention dans les mémoire de Monsieur Saury dont je parlais tout à l'heure.
Il y a d'autres malades qui arrivent, par la voie de l'hérédité, aux idées de persécution aux idées d'orgueil, mais leur délire de persécution et leur délire d'orgueil

mais leur délire de persécution et leur délire d'orgueil diffère sous plusieurs rapports de celui que je vous ai décrit dans une précédente séance ; au lieu d'être systématisé, coordonné comme celui dont je vous ai parlé, comme celui des persécutés, ce délire consiste dans des idées fixes, mais qui sont isolés en quelque sorte dans le reste de l'intelligence

Cela mériterait une description spéciale que je n'ai pas le temps de faire, mon but est de vous montrer que, soit dans l'état de

prédisposition, soit dans l'état de folie confirmée, l'intelligence elle-même n'est pas indemne, dans les folies dites raisonnantes, dans les folies dites lucides et qu'il y a des troubles généraux de l'intelligence ou des idées fausses, des conceptions délirantes.

Par conséquent le trouble de l'intelligence, comme l'a dit toujours mon père, existe dans toutes les variétés de la folie, aussi bien dans les folies raisonnantes que dans les folies ordinaires, et dans

toutes les variétés de la folie.

Je passe car le temps me presse aux signes tirés de l'ordre moral.

Ces signes sont les signes principaux des folies héréditaires.

Les héréditaires ont presque tous des perturbations des affections, des sentiments et des penchants. Ce sont de mauvais caractères, ce sont des hommes égoïstes et orgueilleux comme l'a dit Mr Campagne; mais on ne doit pas se borner à ces phrases générales

à ces mots généraux qui s'appliquent aussi bien aux caractères de l'état normal qu'à des caractères pathologiques ; pour décrire le trouble des sentiments chez les héréditaires, il faut aller plus loin, il faut rester dans le domaine clinique et ne pas se borner à faire des descriptions psychologiques.
C'est le tort qu'a eu Monsieur Campagne, dans son traité d'ailleurs très intéressant sur les folies raisonnantes. Il faut étudier plus profondément le trouble des

sentiments, des affections, chez les aliénés. Eh bien, ces aliénés héréditaires, ordinairement sont remarquables par l'absence complète du sens moral, par le cynisme, par l'orgueil et l'égoïsme poussés à l'extrême et pendant toute leur vie, leurs attitudes, leurs gestes, leur manière d'être et leurs actes se ressentent de cette lacune fondamentale dans leur nature morale.

Il y a là un vice de nature, une lacune et, tandis que, sous le rapport de l'in-

telligence, ils sont ordinairement assez bien doués sous le rapport des sentiments, sous le rapport des affections, sous le rapport moral, ils sont presque nuls.

Ils ont des lacunes qui touchent aux lacunes de l'idiotisme et de l'imbécillité, car, pour vous le dire en passant, il y a ceci de remarquable, que la folie lucide, que la folie raisonnante, qui paraît être la plus voisine de l'état de raison, est en réalité, au point de vue clinique.

la plus voisine de l'idiotisme et de l'imbécillité, et c'est en cela que Morel a eu parfaitement raison de rattacher ces formes raisonnantes aux formes débiles, aux formes de l'imbécillité et de l'idiotisme ; au lieu d'être placées au sommet de l'échelle comme le croyaient Esquirol et son école, ces formes raisonnantes sont placées en bas ; elles sont plus près des débilités mentales, des folies par absence de facultés qu'elles ne sont près de la raison

et du génie, comme on l'a dit bien à tort. La folie raisonnante doit donc être placée au bas de l'échelle des aliénations mentales au lieu d'être placée en haut.

Il faudrait beaucoup de détails pour vous faire comprendre, par l'obser_vation clinique, les troubles des af_fections, des sentiments moraux dans la folie raisonnante; il fau_drait décrire toute la vie des hé_réditaires, et c'est ce que je vais cher_cher à faire très rapidement tout à l'heure, en vous parlant de

la marche de cette forme de la folie.

Je ne puis insister que sur les actes ; les actes sont la manifestation la plus frappante, la plus évidente de la perturbation des sentiments et des penchants.

Les actes des héréditaires peuvent être divisés en deux catégories ; Les actes bizarres, excentriques, désordonnés, ridicules, grotesques, et les actes dangereux, susceptibles de conduire les malades devant les tribunaux.

Les actes grotesques, ridicules bizarres, sont innombrables et il y aurait à faire, sous ce rapport, une description que Morel a commencée par des observations très intéressantes, très justes, une description de tous ces actes singuliers des héréditaires.

M. Trelat, dans son livre des folies lucides, en a collectionné un certain nombre extrêmement curieux.

Ainsi, il rapporte l'histoire d'une femme qui passait sa vie à collectionner dans

son armoire, dans ses tiroirs,
des petits papiers dans lesquels
elles renfermait tous les produits
excrementitiels de sa constitution,
d'elle-même; toutes les sécrétions,
à commencer par le cerumen, jus-
qu'à toutes les autres sécrétions,
étaient collectionnées par elle, dans
de petits papiers numérotés, éti-
quetés, rangés dans des tiroirs
ou dans une armoire.
Eh bien, il y a chez les héréditaires
dont je vous parlerai tout à
l'heure, dont je vous parlerai

dans une prochaine séance, il y a toute une série de traits curieux, fort intéressants, qui constituent ce que l'on a appelé la maladie du toucher ou la crainte du contact des objets extérieurs. Eh bien, ces malades ont toute espèce d'actes ridicules, bizarres, singuliers, sur lesquels j'insisterai dans la prochaine séance. Il y a toute une série d'actes excentriques, d'actes ridicules, qui sont un caractère de la folie héréditaire.

Mais, à côté de ces actes

qui sont simplement grotesques, il y a des actes dangereux ; les actes impudiques, les actes obcènes les actes d'incendie, de vol ou de meurtre.

Les héréditaires sont souvent conduits devant les tribunaux pour des actes de ce genre. Chose remarquable, ces actes se produisent ordinairement dans des conditions identiques ; ils sont presque sans motif au lieu d'être dirigés par des conceptions délirantes comme chez les persécutés, chez les alcoo-

liques, au lieu d'être produits au milieu d'un trouble général avec perte de souvenir comme chez les épileptiques, ces actes sont commis avec conscience, avec souvenir, avec précision, et même quelquefois avec préméditation; mais ils sont commis en vertu d'une impulsion, d'un instinct, d'une impulsion à l'incendie ou au meurtre.

Ce sont ces actes que l'on a décrits autrefois sous le nom de monomanie du vol, monomanie de l'incendie, monomanie du meurtre,

Les kleptomanes, les aliénés homicides, les monomanes incendiaires, tous ceux qu'on a décrits sous ces noms divers, eh bien ce sont des héréditaires qui sont poussés à des actes violents par périodes, par accès, mais par une impulsion instinctive, irrésistible et instantanée; et aussi, quand, une fois, l'acte est accompli, il y a une sorte de détente dans leur état général, ils se livrent eux-mêmes à la justice, ils ne se sauvent pas, ils ne cherchent pas à se justifier, ils ne cher-

chent pas de prétexte ni de raison pour expliquer leur acte, ils déclarent eux-mêmes qu'ils ont été poussés par une force supérieure à leur volonté.

Il y a là un caractère général des actes criminels accomplis par les héréditaires qui méritent de fixer notre attention.

Je regrette que le temps me presse et qu'il me soit impossible d'entrer dans tous les détails qui seraient nécessaires à cet égard pour bien caractériser les troubles

des sentiments et des penchants, et les troubles des actes chez les aliénés héréditaires, mais mon but est seulement d'attirer votre attention sur ces faits généraux, sur ces caractères d'ensemble qui mériteraient d'être étudiés avec beaucoup plus de soin.

La folie héréditaire est donc caractérisée au point de vue symptomatique par des signes de l'ordre physique, par des signes de l'ordre intellectuel et par des signes de l'ordre mo-

ral, seulement la grande difficulté est de séparer la simple prédisposition de la folie confirmée.

Voilà où réside le vrai point délicat, difficile, du diagnostic. Beaucoup d'héréditaires passent une partie de leur vie dans l'état de simple prédisposition; ils sont des excentriques, des originaux, des gens bizarres, ils ne sont pas encore des aliénés. Pour en faire des aliénés, il faut des caractères plus déterminés, plus précis, plus certains. C'est là

un point qui mériterait d'être étu-
dié cliniquement, d'une manière
plus précise qu'on ne l'a fait
jusqu'à ce jour.

Ce qui caractérise la folie c'est
le désordre des actes, c'est l'al-
tération des penchants, ce sont
les conceptions délirantes ; les ma-
lades arrivent à avoir des con-
ceptions délirantes, ils arrivent à
des conceptions hypocondriaques, des
idées de persécution, des idées de
grandeur qui caractérisent la folie
d'une façon indubitable, mais dans

d'autres cas, il n'y a que le délire des actes, il n'y a que le trouble des facultés morales prédominantes. C'est un des points les plus difficiles du diagnostic de la folie, mais pour diagnostiquer la folie il faut se baser sur l'ensemble des symptômes comme je vous l'ai dit et surtout sur la marche. Or, c'est la marche de la folie héréditaire qui va nous occuper actuellement et qui est le vrai critérium pour distinguer la folie de la raison.

La marche de la folie.

héréditaire est extrêmement curieuse à étudier, elle se manifeste en général dès l'enfance ; les enfants nés de parents ayant eu des névroses ou des maladies mentales, nés dans des familles où l'hérédité a été accumulée, ces enfants présentent dès leur bas âge des dispositions tout à fait spéciales, ils ne peuvent pas vivre en commun ; on les met dans des pensions, on les met dans des lycées, on cherche à les élever dans la famille, on ne peut arriver à

rien ; ces enfants sont indisciplinés, revêches, colères, difficiles à vivre, inégaux, incoërcibles, ingouvernables. Les professeurs comme les parents échouent presque toujours dans la direction à imprimer à ces enfants ; on les change de pension, on les déplace, on ne peut arriver à rien ; ils sont variables, bizarres, différents de tous les enfants de leur âge ; ils s'isolent, ils sont tristes, ils sont sauvages, ils sont inconstants, colères et violents, très orgueilleux et très in_

capables, vagabonds, ne pouvant pas tenir en place, incoërcibles en un mot; ils ont souvent des instincts de cruauté, de férocité pour les animaux; ils ont des dispositions mentales et morales tout à fait particulières dès leur jeune âge; mais c'est surtout au moment où approche l'âge de la puberté, que l'on commence à constater chez eux des phénomènes vraiment pathologiques. Ces phénomènes pathologiques se manifestent de plusieurs ma-

nières dans l'ordre nerveux, dans l'ordre mental. Ces malades ont des ~~caractères~~ phénomènes choréiformes, des convulsions partielles, du délire à propos de rien; ils prennent des délires à propos d'un coryza, d'une simple fièvre éphémère, ils ont des délires très intenses, souvent très continus; ils ont des accidents cérébraux variés, bizarres, singuliers et qui déjouent le diagnostic et le pronostic; c'est un fait sur lequel Morel a insisté avec beaucoup de raison. Ces malades semblent très

légèrement atteints et quelquefois meurent subitement ; d'autres fois, on les croit très gravement atteints, on annonce leur mort, au contraire ils guérissent et rentrent dans l'état normal au bout de très peu de temps. Il y a des maladies à surprises, des maladies étranges qui déjouent le diagnostic et le pronostic des médecins les plus exercés.

C'est un des caractères principaux de cette folie de la puberté

de cette folie du jeune âge qui commence souvent à douze, treize, quatorze ans, même avant le développement physique de l'individu. C'est un fait essentiel dans la marche de la folie héréditaire. Presque tous les malades qui, plus tard, sont atteints de folie héréditaire, ont eu des accidents nerveux très bizarres, très intenses, et des accidents de délire avant ou à l'époque de la puberté; très souvent aussi ils ont des ménin-

gites, ils ont des accidents céré-
braux qui les emportent et aux-
quels ils ne résistent pas.

D'autres, au contraire, traversent cette période très difficile de l'enfance, la période de la puberté et, vers seize ans, dix-sept ans, dix-huit ans, les hommes comme les femmes, les jeunes filles comme les jeunes garçons, ont alors une transformation sur laquelle il importe d'attirer l'attention. Ils subissent, à cette époque, une sorte de bifurcation

ils peuvent suivre deux voies différentes, les uns marchent vers la démence précoce, vers l'imbécillité et l'idiotisme, les autres, marchent au contraire, vers le délire des actes, vers la folie raisonnante, vers la folie héréditaire, il y a, à cette époque de la vie, chez les individus prédisposés, une bifurcation dans l'existence, les uns, comme certaines jeunes filles, histériques, histériformes, marchent rapidement vers la démence précoce, vers l'imbécillité et l'idiotisme qui dure toute leur vie.

Nous avons dans les asiles d'aliénés un grand nombre d'individus qui appartiennent à cette catégorie, qui ont eu un délire maniaque, un délire excité, à l'époque de la puberté qui avaient des phénomènes hystériformes, et qui, au bout de peu de temps, arrivaient à la débilité et de là, à la demence précoce qui, le plus souvent, est accompagnée de salivation et de malpropreté. Ces malades, quoique très jeunes

sont incurables et passent leur vie dans le même état de démence précoce. Il en est d'autres, au contraire, qui marchent vers la folie raisonnante et vers la la folie héréditaire ; ce sont ceux là qui méritent notre étude actuellement. Ces malades sont alors d'une activité désordonnée, ils ont besoin de changer de position, de changer de profession ; ils s'engagent dans la marine ou dans l'armée où ils se font conduire devant les conseils de guerre, ils se font condamner et souvent, graciés après avoir été condamnés, ils échappent d'une manière ou d'une autre aux

lois de la discipline, ils échappent à l'armée, ils échappent à la marine, ils entrent dans un couvent, ils en sortent, font des voyages, ils sont aventureux, font le tour du monde, ils se livrent aux actes les plus excentriques, ils passent par les professions les plus diverses ; on a vu des malades de ce genre à l'âge de 25 à 28 ans, avoir déjà fait huit ou dix professions différentes. Ils changent de situation, ils se font passer dans certains moments, pour des modèles de vertu, pour des modèles de conduite, dans d'autres moments, ils s'aban-

donnent à tous les excès de tous les genres, ils passent par des situations morales et sociales les plus diverses, les plus différentes; quelquefois ils se marient malheureusement, car ils abandonnent leur femme, ils vivent avec d'autres femmes, ils changent, ils ont la vie la plus singulière, la plus vagabonde et la plus inexplicable qu'on puisse rencontrer.

C'est là un caractère principal des aliénés appartenant à cette catégorie. Mais, chose remarquable sur laquelle on n'a pas assez insisté, c'est que ces malades

ont presque tous, comme je vous le disais tout à l'heure, des déviations ou des perversions génitales. Il y a là un caractère fondamental. Avec cette vie vagabonde indisciplinée, singulière, tout à fait excentrique, il y a, en même temps, presque toujours, des perversions génitales, ce qui est un caractère physique très important à noter. A une autre chose physique très utile pour le diagnostic ? De plus, indépendamment de ces perversions génitales, ces ma_

lades ont, le plus souvent, des accidents nerveux ou convulsifs qui se produisent de temps en temps; il y a, dans la vie de ces malades qui paraissent ordinairement de simples excentriques, il y a des accidents cérébraux qui arrivent sous la forme d'accès, sous la forme de délire, à propos de la plus simple circonstance, il y a des phénomènes nerveux choréiformes ou convulsifs qui constituent un véritable accès de trouble mental, un accès de trouble cérébral, le-

quel accès semble devoir entraîner la mort et qui souvent, au contraire, guérit rapidement, presque subitement, presque subitement et amène le retour à l'état mental antérieur, c'est à dire à la vie ordinaire, à la vie simplement excentrique.

Il est très remarquable (et c'est là un des signes précis des folies raisonnantes des folies héréditaires) que ces malades ont plusieurs fois dans leur vie des accidents cérébraux très graves qui semblent

devoir entraîner la mort et qui gué-
rissent et qui sont remplacés par
le retour à l'état mental primitif

On n'a pas assez insisté sur
ces faits très essentiels au point
de vue du diagnostic et de la des-
cription de la maladie

Ces accidents nerveux, ces acci-
dents de délire aigu se produisent
plusieurs fois dans la vie des héré-
ditaires et enfin très souvent pro-
duisent leur mort.

Les héréditaires meurent, en gé-
néral, de bonne heure; ils meurent
avec des accidents cérébraux très

aigus, très intenses, soit de l'ordre sensitif et émotif, soit de l'ordre mental.

Ce sont des faits sur lesquels il importe beaucoup d'insister pour rattacher la folie héréditaire à toute la pathologie cérébrale, pour prouver que c'est bien une maladie et non pas une simple déviation du caractère et pour décrire cette forme au milieu de toutes les autres formes des maladies mentales à tous les points de vue.

Ces faits physiques sont

de la haute importance. Nous avons à citer, sous ce rapport, l'exemple si remarquable de Sandon, le fameux avocat Sandon, qui a été l'objet, sous l'Empire, de discussions si nombreuses et si passionnées. Eh bien, Sandon a éprouvé plusieurs fois dans sa vie des accidents de ce genre et a fini par mourir à l'Hotel-Dieu, d'accidents cérébraux. A son autopsie, on a découvert dans son cerveau sept foyers apoplectiques de diverses

grandeurs et de diverses époques qui s'étaient produits dans le courant de sa vie, de sorte que cette maladie qui avait été contestée a été établie d'une manière certaine par l'autopsie faite à l'Hotel-Dieu.

Je voudrais pouvoir insister plus longuement mais le temps me presse, sur la marche de ces folies héréditaires; je suis obligé de me borner et je dois en tirer cette conséquence, au point de vue du pronostic, que les folies héré-

ditaires sont essentiellement rémittentes et souvent intermittentes, qu'elles se produisent sous forme d'accès, que ces accès sont souvent très intenses mais sont séparés par de longs intervalles de retour et une raison apparente ou quelquefois réelle, car la plupart des formes héréditaires sont intermittentes quand elles ne sont pas rémittentes. Par consé_quent le pronostic de l'accès, l'accès guérit souvent, mais il

y a l'état ultérieur de la maladie
Et ; du reste ces maladies sont
graves par la reproduction des ac
cès et graves au point de vue
de l'espèce, par la stérilité et
l'extinction de la famille qui
peut arriver successivement de gé
nération en génération.

Il me reste, Messieurs, pour ter-
miner, parce que le temps me pres
à résumer d'une manière rapide
les caractères généraux des folies

héréditaires qui permettent de les distinguer de toutes les autres folies.
Le premier de ces caractères c'est qu'elles sont presque toutes rémittentes ou intermittentes ; toute folie héréditaire est une folie à surprises, est une folie dans laquelle il y a des accès très intenses, très forts, qui paraissent aussi caractérisés que possible et qui sont remplacés par des retours plus ou moins complets à la raison.
Les folies héréditaires sont toutes

intermittentes ou rémittentes, l'in-
termittence ou la rémittence est le
caractère dominant des folies héré-
ditaires. Un second caractère c'est
qu'ils sont tous plus ou moins lu-
cides, malgré le trouble assez étendu
de l'intelligence dont je vous par-
lais tout à l'heure, sur certains
points l'intelligence générale des
héréditaires est assez bien conservée,
ils raisonnent sur tous les su-
jets, ils raisonnent mal souvent,
ils ont des jugements faux,

mais ils raisonnent avec une grande facilité d'élocution, avec beaucoup de mouvement intellectuel. Ce sont des fous lucides, des fous raisonnants, et c'est pour cela que souvent on conteste leur maladie. La lucidité est donc un caractère dominant de la folie héréditaire et cette lucidité qui disparaît pendant les grands accès reparaît bientôt et existe jusqu'à la mort.

Les folies héréditaires n'aboutissent presque jamais à la démence, excepté celles dont je vous parlais tout à l'heure, à la suite de la puberté

mais les folies héréditaires de l'âge adulte n'aboutissent presque jamais à la démence ; les malades meurent dans des accès cérébraux, mais après avoir conservé une grande partie de leur intelligence. Ils gardent l'activité de leur intelligence, ils ne tombent pas dans la démence.

Un autre caractère qui est connexe de celui-là, c'est qu'elles sont surtout caractérisées par les troubles du caractère et par le délire des actes ; c'est là le fait fonda-

mental caractéristique des folies héré-
ditaires.

Un caractère encore à ajouter à celui-
là, c'est que ces folies ne présentent
presque jamais d'hallucinations

C'est un symptôme très im-
portant à noter ; les hallucinations
qui sont si fréquentes dans les au-
tres formes de la maladie, sur-
tout dans le délire de persécution
sont extrêmement rares dans les
folies héréditaires. La plupart des
malades lucides, raisonnantes,
n'ont jamais d'hallucinations
d'aucun sens, ni de l'ouïe, ni

la sensiblité générale, ni de l'odorat, ni de goût, ni de la vue. Ils n'ont pas d'hallucination, c'est là le fait général très important à noter pour le diagnostic.

Un autre caractère est tiré de la nature des idées délirantes et de leur mode de production; les héréditaires, comme je vous le disais tout à l'heure, sont souvent pris tout à coup, d'une idée fixe, d'une idée fausse, d'une conception déli-rante, d'une ou plusieurs, mais des conceptions qui surgissent tout-à-

coup, qui sortent comme d'une boîte à surprises qui arrivent du jour au lendemain, qui s'installent dans l'esprit, prennent droit de domicile, règnent en maîtresses pendant plusieurs années, et quelquefois disparaissent aussi rapidement qu'elles se sont produites.

C'est un caractère très essentiel de la folie raisonnante, des folies héréditaires arrivées à une période plus avancée.

Maintenant à ces caractères tirés de l'ordre moral, il faut ajouter tous ces caractères de l'ordre physique dont je vous ai parlé tout

à l'heure et qui se résument ainsi en caractères physiques permanents et en caractères physiques temporaires.

Caractères permanents : ce sont toutes ces déformations organiques et toutes ces lésions génitales dont je vous ai parlé.

Caractères accidentels.

Ce sont ces accès de trouble cérébral, de trouble mental qui surviennent à diverses reprises, dans le cours de l'existence et qui souvent, le plus souvent la mort des héréditaires à

une période peu avancée de la vie. Vous voyez donc, messieurs, qu'il y a là un ensemble de caractères très importants qui permettent de distinguer, dans l'état actuel de la science, la folie héréditaire des autres variétés de la folie. Quand vous avez éliminé, dans un asile d'aliénés, par exemple, les paralytiques généraux, les persécutés, les hystériques, les épileptiques, les alcooliques, les folies moins fréquentes qui ont reçu des dénominations spéciales, quand vous avez éliminé toutes les va-

riétés bien connues, bien décrites de maladies mentales, vous arrivez en ~~quelque~~ à un groupe qui est, en quelque sorte un caput mortuum et que vous ne savez où classer. Ce groupe, on le mettait autrefois parmi les excités maniaques, on disait ce sont des malades atteints d'excitation, c'était un mot vague qui ne représentait absolument aucune idée neuve, aucune idée médicale, c'était un mot qui était l'enfance de

ditaires sont essentiellement rémittentes et souvent intermittentes, qu'elles se produisent sous forme d'accès, que ces accès sont souvent très intenses mais sont séparés par de longues intervalles de retour et une raison apparente ou quelquefois réelle, car la plupart des formes héréditaires sont intermittentes quand elles ne sont pas rémittentes. Par conséquent, le pronostic de l'accès n'est pas aussi grave qu'il le paraîtrait au premier abord. On a dit souvent que les formes héréditaires étaient plus incurables que les autres. C'est

une erreur au point de vue de l'accès, l'accès guérit souvent, mais il y a l'état ultérieur de la maladie. Et, du reste, ces maladies sont graves par la reproduction des accès et graves au point de vue de l'espèce, par la stérilité et l'extinction de la famille qui peut arriver successivement de génération en génération.

Il me reste, Messieurs, pour terminer, parce que le temps me presse, à résumer d'une manière rapide les caractères généraux des folies héréditaires qui permettent de les dis

tinguer de toutes les autres folies. Le premier de ces caractères c'est qu'elles sont presque toutes rémittentes ou intermittentes; toute folie héréditaire est une folie à surprises, est une folie dans laquelle il y a des accès très forts, très intenses, qui paraissent aussi caractérisés que possible et qui sont remplacés par des retours plus ou moins complets à la raison.

Les folies héréditaires sont toutes intermittentes, l'intermittence ou la rémittence est le caractère dominant des folies héréditaires. Un second

caractère, c'est qu'elles sont toutes plus ou moins lucides; malgré le trouble assez étendu de l'intelligence dont je vous parlais tout à l'heure sur certains points l'intelligence générale des aliénés héréditaires est assez bien conservée, ils raisonnent sur tous les sujets, ils raisonnent mal, souvent, ils ont des jugements faux, mais ils raisonnent avec une grande facilité d'élocution, avec beaucoup de mouvement intellectuel. Ce sont des fous lucides, des fous raisonnants et c'est pour cela que souvent on conteste

leur maladie. La lucidité est donc un caractère dominant de la folie héréditaire et cette lucidité qui disparaît pendant les grands accès, reparaît bientôt et existe jusqu'à la mort.

Les folies héréditaires n'aboutissent presque jamais à la démence, excepté celles dont je vous parlais tout à l'heure, à la suite de la puberté, mais les folies héréditaires de l'âge adulte n'aboutissent presque jamais à la démence; les malades meurent dans des accès cérébraux

mais après avoir conservé une grande partie de leur intelligence. Ils gardent l'activité de leur intelligence, ils ne tombent pas dans la démence.

Un autre caractère qui est connexe de celui-là, c'est qu'elles sont toutes caractérisées par les troubles du caractère et par le délire des actes ; c'est là le fait fondamental caractéristique des folies héréditaires.

Un caractère encore à ajouter à celui-là, c'est que ces folies ne présentent presque jamais d'halluci-

nations.

C'est un symptôme très important à noter ; les hallucinations qui sont si fréquentes dans les autres formes de la maladie, surtout dans le délire de persécution, sont esetrêmement rares dans les folies héréditaires. La plupart des malades lucides, raisonnants, n'ont jamais eu d'hallucinations d'aucun sens, ni de l'ouïe, ni de la sensiblité, ni de l'odorat, ni du gout, ni de la vue. Ils n'ont pas d'hallucinations.

C'est là le fait général très important à noter pour le diagnostic.

Un autre caractère est tiré de la nature des idées délirantes et de leur mode de production.

Les héréditaires, comme je vous le disais tout à l'heure, sont souvent pris, tout-à-coup, d'une idée fixe, d'une idée fausse, d'une idée délirante, d'une ou plusieurs, mais des conceptions qui surgissent tout-à-coup, qui sortent comme d'une boîte à surprises,

de l'art. Eh bien aujourd'hui, grâce aux travaux de Morel surtout, nous sommes arrivés à plus de précision dans le diagnostic de ces cas difficiles, de de ces cas de manie sans délire. Folie raisonnante, folie morale, folie instinctive, tous ces cas appartiennent au grand groupe des folies héréditaires. Ils sont liés à l'hérédité morbide chez les ascendants et chez les descendants, ils sont un anneau de la grande chaîne d'hérédité pathologique nerveuse et mentale; ce sont des malades iso-

lés au milieu d'une famille à hérédité accumulée. Il faut donc rattacher l'individu à l'espèce, à la famille ; il faut voir quels ont été ses ascendants et quels seront ses descendants. C'est une chaîne générale qui est irrégulière, il y a des oscillations, des variantes, mais, en somme, elle est progressive d'une manière générale et on descend de plus en plus les degrés de l'échelle intellectuelle, on commence par l'état nerveux protéiforme, on arrive peu à peu

aux folies raisonnantes, aux folies alcoo_liques, aux folies épileptiques et hysté_riques, peu à peu on descend, on arrive aux autres résanies et enfin à la folie raisonnante, à l'imbécillité et à l'idiotisme. Il y a comme une chaîne générale composée de beaucoup d'anneaux, qui est irrégulière dans ses détails mais qui est progressive dans son ensemble, d'une manière générale et qui arrive de l'état ner_veux simple jusqu'à la stérélité, jusqu'à l'extinction de la race, soit par la stérélité des parents, soit par la mort précoce des enfants en bas âge. Il y a là une loi gé_

nérale d'hérédité qui domine tous ces faits particuliers. Or, ces faits de folie raisonnante, de folie lucide, entrent dans cette famille, entrent comme un anneau dans cette chaîne et méritent d'être mis à leur place dans la série des phénomènes héréditaires.

Voilà pourquoi jusqu'à nouvel ordre, jusqu'à une classification peut-être plus naturelle que celle que nous possédons aujourd'hui, il importe de conserver le groupe des folies héréditaires, qui est un progrès sur les folies décrites par

nos devanciers.

Dans la prochaine séance, Messieurs, je me propose d'étudier certaines variétés des folies héréditaires qui sont spéciales, qui méritent une description particulière et qu'on peut appeler les folies avec conscience ou les états émotifs. Le mot ne convient peut être pas très bien, mais, jusqu'à présent, on n'a pas trouvé d'expression plus claire pour englober dans une seule description, tous ces états pathologiques, à la fois de trouble nerveux et de trouble mental.

Nous les appellerons les états ner-

neux émotifs ou les folies avec conscience : c'est sur ce sujet que je me propose d'attirer votre attention dans la prochaine séance.

---

21 Décembre 1884.

Messieurs,

Dans la dernière séance, je me suis attaché à décrire les caractères communs, les caractères généraux de la folie héréditaire, ou pour parler plus exactement des folies héréditaires.

Mon but, dans cette leçon, en m'appuyant principalement sur les travaux du docteur Morel, sur la folie dégénerescente, mon but a été

de vous montrer que les folies hérédi-
taires, qui ne sont pas admises
par la plupart des médecins alié
nistes, ont cependant des caractère
généraux, des caractères communs
importants, qui permettent de les
réunir dans un seul groupe géné-
ral, un groupe très vaste de ma-
ladies mentales. Mais ce n'est
là, en quelque sorte, que l'enfance
de l'art, l'enfance de la science.
Ces caractères généraux sont trop
vagues, trop complexes, embras-

un trop grand nombre de faits pour suffire à la science plus avancée, telle qu'on doit la concevoir

C'est un groupe énorme, un groupe considérable de maladies qu'il conviendrait de diviser en plusieurs espèces, en plusieurs variétés, et c'est dans l'étude de ces variétés que doit consister le progrès ultérieur de notre science spéciale.

Il en est des folies héréditaires comme des paralysies générales.

La paralysie générale qui est

une maladie aujourd'hui décrite comme unité, ayant des caractères communs, en a sans doute beaucoup, mais elle a également des caractères différentiels nombreux. Il faut donc distinguer des variétés parmi les paralysies générales et des variétés parmi les folies héréditaires.

Nous connaissons déjà plusieurs de ces variétés. Dans une des leçons précédentes, j'ai cherché à vous décrire la folie circulaire

ou à double forme, qui est, en réalité, une variétés des folies héréditaires.
Aujourd'hui je vais m'attacher à la description d'une autre variété qui est moins bien connue, moins bien décrite, mais qui cependant peut être séparée également au milieu du vaste groupe des folies héréditaires : je veux parler de la folie avec conscience.
Cette variété de maladie mentale est encore peu connue ; elle n'a pas été décrite jusqu'à présent, comme forme distincte et spéciale, et, en

effet, sa description est un peu flottante et envahit sur les formes voisin

Cependant ce caractère principal de la conservation de la conscience de son état, dans un état de trouble mental, est un caractère tellement important qu'il peut servir de guide pour l'étude et pour le classement d'un grand nombre de faits. Ces deux mots : folie avec conscience, semblent incompatibles, sonnent contradictoires ; pendant bien longtemps, en effet, pendant toute la moitié de ce siècle, depuis Pinel jusqu'à nos jours, on a admis

que tous les aliénés avaient perdu la conscience de leur état mental, que la conscience de son état était exclusive de l'idée de folie.

Tous nos maîtres, tous nos prédécesseurs dans la science, ont posé en principe que les aliénés avaient tous perdu la conscience de leur état maladif, qu'aucun aliéné ne se considérait comme malade, que tous admettaient que leur raison était saine, intacte, et ne pouvaient pas connaître qu'ils étaient atteints de folie. L'absence de conscience de

son état, a donc été donné comme un des caractères fondamentaux et servant au diagnostic de la folie. Esquirol plusieurs fois, a défini la folie en disant que c'était un trouble mental sans fièvre et avec perte de la conscience de son état. D'autres auteurs ont employé la même expression. M. Baillarger, entre autres, a fait de l'absence de conscience de son état, un caractère pathognomonique de la folie; mon père également, dans plusieurs travaux, a signalé ce caractère comme

très important pour distinguer la raison de la folie.

C'est un fait généralement admis par tous les aliénistes de tous les pays que les aliénés n'ont pas conscience de leur état de maladie.

Eh bien, cependant, ces mêmes auteurs qui posaient en principe ce caractère fondamental étaient infidèles à leur théorie quand ils arrivaient dans le domaine de la pratique, car plusieurs de ces auteurs : Esquirol, Baillarger mon père ont cité des exemples de malades qui avaient des impulsions involontaires au

suicide ou à l'homicide, qui avaient des impulsions réprouvées par eux-mêmes et considérées par eux comme maladives, qui avaient conscience de leur état, de sorte que les observations particulières de ces auteurs distingués ont été souvent en contradiction avec leur théorie qui posait en principe que la conscience de leur état n'existait pas chez les aliénés.

Aujourd'hui, relativement à ce fait, il n'y a pas de doute possible dans les esprits; tous les

médecins cliniciens savent qu'il y a un certain nombre de malades qui conservent la conscience de leur état. Ces malades s'observent surtout dans la pratique civile, dans la clientèle privée ; ils sont plus rares dans les asiles, mais cependant on en rencontre quelques exemples, même dans les asiles d'aliénés.

La conscience de son état peut donc exister en même temps qu'un trouble mental quelconque. C'est sur cette base que nous allons faire reposer la description de cet état particulier, de cette variété des folies héréditaires.

car il est bien remarquable que la plupart des malades pour ne pas dire tous, tous les malades qui appartiennent à cette catégorie, sont en même temps des héréditaires, c'est à dire appartiennent à la catégorie que je vous ai décrite dans la précédente leçon.

Un mot d'abord, un mot de psychologie sur le mot conscience.

Dans la psychologie physiologiste comme pathologique, le mot conscience a trois sens différents : Il y a la conscience psychologique, la conscience mo-

rale et la conscience de son état.

Il faut bien se garder de confondre ces trois faits qui sont absolument distincts ; la conscience psychologique c'est l'observation intérieure de l'homme par lui-même chacun de nous peut s'observer lui-même intérieurement. C'est sur cette base que repose la psychologie telle que la comprenait l'école de Cousin, Jouffroy, l'école qui était dominante, il y a une vingtaine d'années, une trentaine, même La psychologie tout entière reposait sur l'observation de l'homme lui-même.

L'homme est donc doué d'une faculté que l'on appelle la conscience qui lui permet de s'observer intérieurement et d'assister comme spectateur passif au mouvement général de ses facultés, s'observer intérieurement, c'est là ce qu'on appelle la conscience psychologique.

D'autre part, tout le monde sait que le mot conscience s'applique au dicernement du bien et du mal, et c'est ce que l'on appelle la conscience c'est un fait parfaitement connu de tous les philosophes de tous les temps que l'homme est doué

d'une aptitude à distinguer le bien du mal, et c'est ce que l'on appelle la conscience, conscience qui se developpe suivant le milieu, mais qui, au fond, existe chez tous les hommes, et qui leur permet de distinguer le bien du mal.

Eh bien, ce n'est pas de ces deux consciences que je veux vous parler aujourd'hui.

Les deux consciences sont, en général, conservées ~~chez~~ ~~sion~~ les aliénés; c'est une grane erreur de croire que les aliénés n'ont pas conscience de leurs

actes, cette expression que l'on emploie généralement en médecine légale est absolument erronée en psychologie et en clinique. La plupart des aliénés, même ceux qui sont arrivés à un degré avancé de chronicité, ont la conscience de leurs actes, la conscience psychologique et la conscience morale, le dicernement du bien et du mal. De sorte que la médecine légale, qui a reposé pendant un certain temps, sur ce fait que les aliénés n'avaient pas le dicernement du

bien et du mal. De sorte que la médecine légale, qui a reposé, pendant un certain temps, sur ce fait que les aliénés n'avaient pas de discernement du bien et du mal, était tout à fait erroné au point de vue clinique; ils conservent, pour la plupart, la possibilité de s'observer antérieurement, de constater les faits qui se passent dans leur intérieur, ils ont conscience des actes qu'ils accomplissent, ils savent très bien qu'ils font tel acte ou bien de tel autre; il n'y a que dans l'extrême

démence qu'ils perdent cette faculté.

La conscience psychologique et la conscience morale sont donc conservées chez l'aliéné ; mais il n'en est pas de même de la conscience de son état mental. Les aliénés, presque tous, ne se considèrent pas comme malades ; ils ne se considèrent comme malades ni physiquement ni moralement ; ils croient jouir d'une excellente santé ; ils ne pensent pas avoir perdu la raison. C'est un caractère très général de la

folie, comme on l'a dit dans tous les temps.
Les persécutés par exemple, dont nous avons parlé précédemment n'admettent pas qu'ils soient malades, qu'ils soient aliénés. Il en est de même des aliénés raisonnants et des aliénés héréditaires.
Toutes ces catégories d'aliénés n'admettent pas que leur raison soit altérée et se croient parfaitement intacts au point de vue de toutes leurs facultés intellectuelles et morales.

Mais il y a une catégorie particulière d'aliénés qui a conscience de son état, et c'est sur cette catégorie que je veux appeler votre attention aujourd'hui.

Ce sujet a été encore très peu étudié, il est, par conséquent, bien difficile de le limiter avec précision.

Il faut partir d'abord des faits les plus élémentaires, des faits les plus élémentaires, des faits les simples, des faits qui ne sont pour ainsi dire pas de l'essence des maladies mentales.

Il y a des individus prédisposés par l'hérédité à la folie, mais qui ne sont pas des aliénés et qui éprouvent certains phénomènes nerveux, ou certains phénomènes de trouble mental tout à fait particuliers et qui sont des phénomènes élémentaires de la folie avec conscience.

On a observé souvent, par exemple, des personnes qui ont une sorte d'idiosyncrasie mélancolique; qui ont des phénomènes bizarres dans leur nature intellectuelle et morale,

qui ne peuvent pas être considérés comme de la folie ; ainsi certaines personnes ont la peur de se couper en se rasant, elles ont peur de se couper le cou, et elles n'osent pas se raser elle-même, parce qu'elles crai-gnent en se raisant de se couper le cou ; d'autres ont la peur de se jeter par une fenêtre ouverte, et n'osent pas regarder par une fenêtre. D'autres craignent de passer près d'une ma rivière dans la crainte d'être portés à s'y pré-cipiter. Ce sont là des phéno-

mènes élémentaires dont nous allons retrouver les développements dans la description de la folie avec conscience.

Il y a donc certains tics intellectuels et moraux, certaines dispositions intellectuelles et morales qui peuvent exister chez certains hommes et ne pas constituer un véritable état de trouble mental, ce sont de simples anomalies intellectuelles, des anomalies qui ont un caractère pathologique mais qui rentrent plutot dans le domaine des névroses que

dans le domaine de la folie.

Le docteur Morel qui a publié un travail sur le délire émotif, a insisté avec raison sur ces faits élémentaires, primordiaux, qui ne constituent pas encore de la folie. Il a même été un peu plus loin, car il a admis que, dans ces cas, la maladie n'existait pas dans le cerveau mais existait dans le système nerveux ganglionnaire, qu'il y avait des dispositions instinctives aux émotions, aux frayeurs, qui étaient dues

à certaines constitutions individuelles et qui ne résultaient pas du véritable état de maladie mentale.

C'est surtout au point de vue de la part, de la crainte, que ces phénomènes existent.

Ainsi, beaucoup de personnes nerveuses sont atteintes de névroses, comme mon père disait; de délire émotif comme disait Morel. Eh bien, ces personnes ont des frayeurs instinctives extrêmement et très interessantes à étudier, qui sont le premier degré de la folie avec conscience.

Ces malades ont la crainte de s'endormir, par exemple, ils ont une terreur du sommeil portée au point qu'ils luttent contre le sommeil de manière à ne pas s'endormir, comme si ce sommeil était l'emblème de la mort, il leur semble que s'ils s'endorment comme s'ils s'endorment ils sont morts.

La peur du sommeil est un de ces phénomènes qui existent dans l'état mental.

Dans d'autres cas, on a les preuves que je vous indiquais tout à l'heure.

la peur de passer sur un pont, la peur de voir une rivière, la peur de voir une fenêtre ouverte, la peur de se couper en rasant, la peur de voir un couteau ou une épée nue, dans la crainte d'être porté à s'en servir ; il y a une foule de craintes qui, ordinairement sont solidaires, et plusieurs d'entre elles existent en même temps chez le même individu.

Cependant ces craintes s'isolent quelquefois. Ainsi on a décrit, dans ces derniers temps, l'ago-

raphobie, la claustrophobie, beaucoup de craintes variées, distinctes, que l'on a décrites comme des monomanies spéciales, l'agoraphobie surtout, la crainte des places publiques, depuis une vingtaine d'années en Allemagne et en France depuis plusieurs années ; c'est Westphal professeur à Berlin qui a, le premier, attiré l'attention sur ces faits interessants.

Les malades qui sont des malades nerveux, qui ne sont pas des malades atteints de folie

proprement dite, ont la peur de traverser les places publiques et cette crainte est poussée à tel point qu'il est impossible de l'abattre, impossible de la vaincre. Dans une rue, ils s'arrêtent tout court, quand la rue est très allongée, qu'elle présente des arcades d'une grande étendue qui les effraye, et surtout quand ils veulent traverser une place publique ; il leur est impossible de traverser la place de la Concorde, par exemple ; ils s'arrêtent, ils ne peuvent pas avancer, ni reculer ; ils ont besoin d'être soutenus par

le bras d'une personne ou par une canne ou même par un parapluie, par un appui quelconque qui leur sert de soutien, qui leur permet alors de vaincre cette frayeur instinctive qui est poussée au plus haut point.

Il y a des exemples qui ont été rapportés en grand nombre et qui indiquent que ce fait est plus fréquent qu'on ne le supposait autrefois

M. Legrand du Saulle a fait un traité sur l'agoraphobie, qu'il a intitulé la peur des espaces, afin de généraliser un peu ce fait pathologique.

En effet, cela ne s'applique pas seulement aux places publiques, cela peut s'appliquer à une grande Eglise, à un espace immense, à un espace vide qui inspire la terreur, une certaine terreur instinctive

Ce sont des faits extrêmement interessants qui ont été étudiés dans ces dernières années et qui mériteraient de l'être encore davantage.

M. Ball a fait un travail sur la claustrophobie. Ce sont d'autres malades qui craignent d'être enfermés, d'être dans une chambre fermée; d'autres, au contraire, ont

peur d'espaces ouverts ; ils ont besoin de la solitude, ils ont besoin de s'enfermer sans pouvoir sortir ; il y a là des craintes extrêmement variées qui constituent des variétés dans l'espèce, des variétés secondaires et qui rentrent dans cette catégorie générale des craintes avec conscience.

C'est là le premier degré qui ne peut pas être considéré comme une véritable folie. Mais il est des cas beaucoup mieux caractérisés et qui constituent alors ce qu'on peut appeler la folie avec conscience. Cette

folie avec conscience peut porter sur quatre ordres de phénomènes distincts; elle peut porter sur les sensations, sur les idées, sur les émotions et sur les impulsions. Ces quatre caté_gories de faits existent, ils été sou_vent notés dans la science, mais sans la dénomination de folie avec conscience.

Cette catégorie des hallucinations a été mieux étudiée que celle relative aux sensations.

On a appelé ces hallucinations, des hallucinations physiologiques. Les malades éprouvent surtout des hal_

lucinations de la vue ; ils voient passer devant leurs yeux des ~~hallu-cinat.~~ fantasmagories, des tableaux, des images qui flottent, qui circulent devant leurs yeux ; ils ont parfaitement conscience que c'est là un phénomène pathologique. C'est ce qu'on a appelé hallucinations physiologiques, compatibles avec la raison.

Cette catégorie de faits a été bien étudiée dans tous les ouvrages sur les hallucinations.

Une autre catégorie qui n'a été étudiée que dans ces dernières années, surtout en Allemagne,

est relative aux idées ; c'est ce que Westphal a appelé le Zwangsvorstellungen, c'est à dire les idées qui s'imposent, ce que l'on a appelé en France l'obsession.

Ce phénomène existe à l'état physiologiste chez certaines personnes et dans certaines conditions particulières du système nerveux.

Chacun de nous, a éprouvé, en effet, des moments de nérvosité, pendant lesquels certaines idées s'imposent à nous d'une manière tellement irrésistible que nous ne pouvons pas parvenir à les chasser.

Les idées ou les mots s'imposent à notre intelligence d'une manière automatique, mécanique, en quelque sorte, et il nous est impossible de les chasser, ils s'imposent.

Chacun de nous a éprouvé ce phénomène que l'on a appelé l'obsession ; cela arrive souvent pour un mot, un nom propre, pour une phrase qui s'impose malgré vous et machinalement, comme dans le rêve.

Eh bien, c'est le phénomène élémen-

faire de l'obsession ou de l'idée qui s'impose.

Certaines idées ridicules, absurdes, que l'on juge parfaitement fausses, s'imposent à notre intelligence d'une manière automatique, et nous ne pouvons pas parvenir à les combattre, à les chasser.

Nous avons parfaitement conscience que c'est un fait pathologique, un fait d'anomalie nerveuse, que ça n'est pas une idée qui nous vient naturellement, que cette idée n'est pas juste, qu'elle est fausse, que nous devons la repousser, mais nous ne pouvons pas y

parvenir, il y a lutte entre l'individu qui juge sainement l'idée et l'idée qui s'impose malgré lui.
C'est ce phénomène que les théologiens et les casuistes ont si souvent caractérisé en disant que l'homme n'était jamais responsable de ses idées, que les idées lui venaient spontanément, qu'il n'était pas coupable pour avoir eu certaines idées, des idées obscènes, par exemple, des idées érotiques; que la culpabilité ne commençait que lorsqu'on entretenait, lorsque l'on favoriserait ces idées. Mais des

théologiens ont admis que la nais-
sance des idées dans la tête hu-
maine était spontanée, involontaire
et automatique. Seulement dans
l'état normal nous avons la puis-
sance, nous avons la puissance
de chasser ces idées, de détourner
notre attention, de la porter sur
des idées plus justes et plus
saines et de mettre à l'écart
ces idées qui s'imposent involon-
tairement dans l'état patholo-
gique, au contraire; et c'est là
le premier degré de l'état men-
tal : l'idée s'impose malgré

malgré nous, d'une manière automatique, forcée et nous ne pouvons pas parvenir à la chasser. Cela devient même une lutte de tous les instants extrêmement pénible. C'est un état mental auquel le professeur Wesphal a donné le nom de Zwangs Vorstellunger, ce qui veut dire des idées qui s'imposent à nous, malgré nous. C'est un état mental extrêmement interessant et qui est un des premiers degrés de la folie avec conscience.

Mais c'est surtout dans l'ordre

des émotions et dans l'ordre des impulsions qu'existe cette variété de la folie.

Pour les émotions c'est extrêmement fréquent et ceci rentre dans la catégories des faits que je vous signalais tout à l'heure comme de simples anomalies intellectuelles. Il est des malades qui ont certaines émotions, certaines frayeurs qui s'imposent à eux et dont il leur est impossible de se débarrasser. Ils ont peur, ils ne savent pas pourquoi; ils ont le mal de la peur. Ils ont l'anxiété mélancolique, mais portant sur une

certaine frayeur ou sur une certaine crainte : ils ont peur de se faire du mal, ils ont peur de se jeter par la fenêtre, et la crainte qu'ils ont de ces différents faits, les pousse à les accomplir ; c'est là que commence la maladie. C'est un fait extrêmement curieux. En effet, c'est une sorte de loi du monde moral correspondant à une loi du monde physique. De même que, dans le monde physique, il y a l'attraction et la répulsion, de même dans le monde moral ce phénomène existe au même degré

Vous êtes agité par une idée en même temps que vous la repoussez ; il y a attraction et répulsion successives ; la crainte que vous avez du préci_pice vous pousse à vous y jeter : c'est le sentiment du vertige que l'on éprouve quand on est sur une tour élevée, sur une haute montagne, ou que l'on regarde par une fenêtre, sur un balcon : c'est le sentiment du vertige, on a tellement peur de se précipiter par la fenêtre ou de se faire du mal, qu'on se sent attiré par le précipice, on se sent porté à se détruire alors qu'on en a

la crainte. Ce sont deux phénomènes qui se contredisent et qui sont très fréquents dans l'intelligence humaine et surtout chez certains malades.
Ces émotions sont la base principale de la folie avec conscience.
Beaucoup de malades arrivent ... dans nos asiles avec cet état particulier que je vous ai indiqué à propos de la mélancolie et que l'on peut appeler la mélancolie avec conscience.
Ces malades sont, au moral, ce que les hypocondriaques sont au

tout au physique ; tandis que les hypocondriaques redoutent une maladie des divers organes, ces malades mélancoliques redoutent une maladie mentale, ils s'étudient eux-mêmes, ils s'analysent comme les hypocondriaques et ils constatent avec désespoir que leur moral est changé, qu'ils n'ont plus d'intelligence, que leur mouvement intellectuel est ralenti, que leur volonté est impuissante, qu'ils ne peuvent se décider à rien, qu'ils sont hésitants

en toutes choses, qu'ils ont des sentiments éteints, qu'ils n'aiment plus leurs parents, leurs amis, qu'ils ont même des sentiments ~~éteints~~ de haine pour ceux qu'ils avaient aimé autrefois, que leur cœur est éteint, que leur cœur est devenu sec, qu'ils s'accusent eux-mêmes au point de vue de leur intelligence, de leurs sentiments et de leur volonté ; ils ont raison de s'accuser car ces phénomènes existent réellement, ils ont une

parfaite connaissance de leur état, ils savent qu'ils sont malades, ils exagèrent même leur mal à un certain degré, comme les hypocondriaques; ils se croient perdus, ils se croient condamnés à la folie et pour toujours, ils croient qu'ils ne guériront jamais.

Ils ont perdu leurs sentiments, leur énergie, leur volonté, leur force morale et ils se disent capables de tous les crimes; ils se croient poussés au crime et ils s'attribuent des instincts qu'ils n'ont pas réellement, ils se croient poussés à faire le mal et ils se défendent eux-mêmes

contre ces mauvais instincts qui ne leur inspirent que de la répulsion et de la crainte.

Ce sont des hypocondriaques moraux ils sont atteints d'hypocondrie morale ou de mélancolie avec conscience c'est une catégorie toute spéciale de mélancoliques qui méritent d'être étudiés, distingués de tous les autres. Ces malades sont presque tous des héréditaires, ce sont presque tous des intermittents, des périodiques, ils participent donc des caractères généraux des folies héréditaires que j'ai indiquées dans la précédente

séance, ils sont héréditaires, ils sont
périodiques et ils n'ont jamais d'hal_
lucinations : caractères des folies hé_
réditaires. Ils rentrent donc dans
le groupe général que je vous ai
décrit dans la précédente séance,
c'est une catégorie spéciale à laquelle
j'ai donné le nom d'hypocondrie
morale. Ces malades sont, en
effet, au moral, ce que les hypocon-
driaques sont au physique. C'est
la variété émotive de la folie avec
conscience. Reste maintenant les
variétés impulsives.

Il y a des malades qui non

seulement ont des craintes comme je vous le disais, mais qui ont de impulsions réelles à l'homicide, au suicide ou à la violence. Ces malades sont très dangereux au point de vue de la médecine légale; ils ont été étudiés par tous les médecins légistes sous le nom de monomanes. On a fait des cleptomanes des manies homicides, des manies du suicide, des pyromanes: autant de monomanies qu'il y avait d'actes particuliers correspondant à ces variétés avec conscience.

Mais ce qui les caractérise essentiel-

lement fous, c'est ce caractère commun de la conservation de la conscience de leur état. Ces malades ont une parfaite conscience de leur état mental, ils savent qu'ils ont des impulsions qui ne sont pas naturelles, des impulsions qu'ils réprouvent, qui leur font horreur, et malgré cela, ils s'y sentent entraînés irrésistiblement; c'est en cela que consiste le caractère pathologique. Ce sont des impulsions morbides, involontaires, qui s'imposent alors comme les idées dont je parlais tout à l'heure et contre lesquelles ils

ne peuvent pas lutter. Le malade fait tout ce qu'il peut pour résister la lutte intérieure est des plus pénibles ; il résiste même par des moyens extérieurs, il demande lui-même qu'on lui mette la camisole, qu'on le maintienne, qu'on le préserve contre ses propres écarts. Ces individus viennent quelquefois se placer eux-mêmes dans des maisons de santé ou des asiles d'aliénés pour se préserver contre les impulsions auxquelles ils se sentent entraînés irrésistiblement et quelquefois même ils accomplissent des actes qu'ils

ont réprouvés au plus haut degré.

Ce sont des monomanes qu'on a décrits sous le nom de monomanes homicides, monomanes du suicide etc, et qui sont, en réalité, des mélancoliques, des aliénés avec impulsions involontaires et avec conscience de leur état. Ils rentrent donc dans la catégorie dont je vous parle aujourd'hui.

C'est surtout au point de vue du suicide que cette variété est intéressante à étudier. Le suicide, chez les aliénés, existe dans les formes très diverses de maladies mentales. Mais souvent, chez les persécutés, chez d'autres malades, chez les

mélancoliques anxieux, le suicide est motivé, les malades se tuent et cherchent à se tuer parceque ils ont des ideés de dannation, des ideés de ruine, etc... ils se tuent pour échapper à une condam nation quelconque, enfin beaucoup d'aliénés se tuent en vertu d'ideé délirantes.

Mais à coté de ces aliénés il y en a d'autres qui ont l'impulsion au suicide involontaire et qui ont con cience de leur état; ils rentrent dan la catégorie dont je parle

Ces suicides impulsifs sont les

plus dangereux. Ces malades ont parfaitement conscience qu'ils sont portés au suicide, mais ils ne peuvent résister à cette tendance qui, le plus souvent est héréditaire dans la famille, et héréditaire sous la même forme, attendu que la plupart des membres d'une famille se tuent et se tuent quelquefois au même âge, se tuent dans des conditions identiques alors même qu'ils ne se sont pas connus, alors même qu'ils n'ont pas vécu ensemble, alors qu'ils sont dans des pays éloignés; la maladie héréditaire leur im-

pose le suicide et sous une forme déterminée et presque à une époque déterminée de leur vie.

Le suicide impulsif est le plus dangereux, c'est celui qui demande le plus de surveillance et la plupart des malades arrivent tôt ou tard à accomplir cet acte qui leur imposé par la maladie.

Cette variété de suicide impulsif avec conscience mériterait d'être décrite séparément et d'attirer l'attention. Beaucoup d'observations ont été publiées sur ce sujet. Je ne puis qu'indiquer très rapi-

dement ces diverses catégories de la folie avec conscience.

Vous voyez combien elles sont intéressantes et combien toutes elles se rapprochent par ce caractère commun de la conservation de la conscience de son état qui les distingue de toutes les autres formes d'aliénation mentale.

La disparition de la conscience de son état n'est donc pas un caractère pathognomonique de la folie; ce qui caractérise essentiellement la maladie mentale, c'est l'automatisme des idées, des impulsions, des émotions

ce sont ces caractères pathologiques des idées qui s'imposent malgré vous ou des émotions ou des impulsions qui poussent à l'action malgré la résistance de la volonté et malgré la résistance du jugement.

Les malades apprécient très sainement leur état et ils ne peuvent pas le dominer, ils ne peuvent pas en triompher.

Parmi les variétés de la folie avec conscience, il en est une qui est mieux connue aujourd'hui et qui mérite d'être décrite séparément. C'est celle sur laquelle je vais

insister maintenant dans la 2me partie de cette leçon.

Cette variété est difficile à dénommer. On a cherché plusieurs dénominations, on n'en a trouvé aucune qui soit parfaitement exacte, rigoureuse et qui puisse être acceptée sans conteste. Mon père a donné à cette variété le nom de maladie du doute, de folie du doute. C'est, en effet, le fait psychologique primordial sur lequel je vais insister tout à l'heure.

Ces malades, qui ont conscience de leur état, ont comme base psychologique de leur état psychologique

de l'hésitation dans la pensée et dans les actes; ils doutent de tout, ils ne peuvent pas arriver à obtenir une conviction même sur les faits les plus élémentaires et les plus évidents. C'est là le phénomène fondamental de la maladie et cette hésitation qui existe d'abord dans les idées, se propage ensuite dans les actes et dans la conduite.

Le doute est le phénomène premier, le phénomène initial de cette maladie; il existe même dans la jeunesse et dans l'enfance.

On voit des enfants dans les pensions, dans les collèges, dans les couvents, qui ont des scrupules exagérés et qui, dès le bas âge, commencent à douter de tout, à douter de leur propre raison, à douter de toutes les idées les plus évidentes que tout le monde accepte sans contester.

Ces idées portent surtout sur les scrupules religieux, dans les couvents ou dans les pensionnats des jeunes gens ou des jeunes filles sont remarqués comme ayant des scrupules exagérés, comme se confessant souvent et

les confesseurs connaissent souvent mieux que les médecins cet état mental qu'on observe souvent à l'âge de la puberté.

Ces enfants s'accusent de tout, sont scrupuleux à l'excès ; ils ne peuvent pas arriver à se satisfaire, ils se croient toujours coupables, ils se croient coupables pour des futilités, pour des vétilles, ils s'accusent sans cesse sans jamais pouvoir arriver à se convaincre de leur non-culpabilité. C'est le scrupule exagéré qui est le premier degré de cet état mental et c'est ordinairement à l'époque de la puberté

ou après la puberté que cet état mental se caractérise de plus en plus. Quelquefois c'est à la suite d'une maladie aigüe, à la suite d'une fièvre typhoïde, à la suite d'une variole, d'une rougeole, d'une maladie aigüe ou fébrile, que survient cette maladie spéciale sur laquelle j'insiste en ce moment.

Les malades commencent par être dans un état de vague, d'incertitude ou de doute, d'hésitation qui porte sur tous les actes : ils hésitent pour écrire, ils hésitent pour mettre une lettre

à la poste, ils hésitent pour tous les actes les plus simples de la vie. Tout est pour eux une dif ficulté, ils ne peuvent se décider à rien, ils sont l'indécision personnifié Le doute existe dans le domaine de toutes les facultés, dans l'intel ligence, dans la sensibilité, dans la volonté et par conséquent dans les actes qui en sont la consé. quence.

C'est là le premier phénomène de la maladie; mais, chose remarquable, à un certain mo. ment et quelquefois à un cer_ tain jour, à un jour déterminé

qu'on retrouve parfaitement dans leurs antécédents, quand on interroge les malades ou leurs parents, à un certain jour, il suivent un fait, un accident, un événement qui devient le point de départ de l'idée dominante qui durera toute la vie.

Chose remarquable, ce sont des craintes spéciales du même genre que celles que je vous indiquais tout à l'heure qui deviennent la base de ce délire; ces malades, par exemple, voient un chien qui a mordu un individu ... l'idée d'un

chien enragé entre dans leur esprit et, à partir de ce jour la crainte d'un chien enragé va devenir l'idée dominante de toute leur vie. Chez d'autres, ce sont des épingles, des aiguilles, des morceaux de verre pilé, des petits papiers, des objets insignifiants, en somme qui frappent leur regard, qui produisent sur leur intelligence un effet considérable extrêmement durable, et, à partir de ce jour où a lieu cette crainte, cette douleur, cet effroi, la maladie

se caractérise et l'idée dominante dure souvent pendant toute la vie à divers degrés.

Je en effet très remarquable que la plupart de ces malades qui ont commencé par le scrupule, par le doute, arrivent à une idée délirante déterminée qui domine leur état mental

Ils ont beaucoup de troubles variés dans les diverses facultés, mais la prédominance d'une idée est extrêmement marquée, extrêmement saillante. Or, le nombre de ces idées n'est pas considérable ; il y en a peut-être une trentaine au

plus que l'on peut désigner à l'a-
vance et que l'on retrouve chez tous ces
malades, du moins chez chacun d'eux.
Ces idées sont celles que je viens de
vous indiquer déjà sommairement.
La crainte des chiens enragés, des
chats, la crainte du verre, la crainte
des épingles, la crainte des aiguilles,
la crainte des hosties, la crainte des
objets qui peuvent déterminer une
contagion quelconque, la crainte même
des pièces de monnaie ou des objets
métalliques qui inspirent à ces ma-
lades une très grande répulsion

Il y a un certain nombre de craintes toujours les mêmes qu'on retrouve chez les différents malades qu'on est appelé à observer.

Cette maladie qui paraît extrêmement bizarre, qui, à première vue, semble très rare, est au contraire très fré_quente, seulement on ne l'observe pas dans les asiles d'aliénés, on ne l'observe que dans la pratique civile, privée; ce sont les médecins qui ont une grande clientèle, qui voient beaucoup de malades nerveux, dont l'état est flottant entre la

maladie nerveuse et la maladie mentale ; ce sont ces médecins qui peuvent observer un grand nombre de malades de ce genre. Cette maladie est beaucoup plus fréquente qu'on ne croît, elle existe dans toutes les classes de la société, mais surtout dans les classes supérieures, elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, mais cependant elle existe également chez ~~l'un comme~~ chez l'homme.

C'est une maladie héréditaire, liée à l'hérédité de la folie et qui a

des caractères particuliers pathognomoniques tellement distincts, tellement précis, qu'une fois décrite, on la reconnaît chez tous les individus que l'on est appelé à observer.

C'est cette description qui mérite d'être faite et que je vais chercher à faire rapidement.

Le caractère fondamental de cette maladie c'est le doute, l'hésitation portant sur les idées et sur les actes ; mais un autre caractère qui vient s'ajouter plus tard, c'est la crainte du contact des objets extérieurs. C'est un fait très singulier,

très bizarre, mais que l'observation démontre comme très fréquent; ces malades ont donc à la fois le doute et la crainte du toucher; ce sont les deux phénomènes fondamentaux les plus saillants de cette maladie.

Il y a plusieurs degrés et ces degrés sont très importants au point de vue clinique.

Dans le premier degré, les malades peuvent encore vivre de la vie commune, peuvent encore vivre de la vie sociale, et ce travail mental, ce trouble mental est tout à fait

intérieur ; le malade seul est témoin de ces modifications qui se passent dans son intelligence ; s'il ne faisait pas de confidences personne ne pourrait s'apercevoir à cette période, de son état mental. C'est encore un état compatible, à cette époque, avec la raison et avec la vie commune, mais plus tard, les malades ne peuvent plus se contenir et, les actes venant s'ajouter aux idées, leur manière de vivre, leurs ~~idées~~ maintien, leurs actes, depuis le commencement de la journée jusqu'à la fin, sont tellement saillants, telle-

ment flagrants, que la maladie n'est plus contestable pour personne.

Ce degré a donc une grande importance au point de vue du diagnostic de la folie et au point de vue des conséquences pratiques à en tirer, au point de vue de la séquestration, au point de vue des conséquences médico-légales. Ce ne sont pas seulement ces différences de degrés, ce sont des différences très importantes au point de vue des applications.

Il faut avoir observé plusieurs de

ces malades pour se rendre compte de l'étrangeté et de la bizarrerie de leur manière d'être et des leurs actes.
Ces malades sont tourmentés intérieurement par un besoin de répétition incessante ; ils ont le besoin de répéter mentalement les mêmes mots, les mêmes idées, de revenir incessamment sur le même doute, sur la même perplexité. Cette perplexité varie d'objets, elle peut porter sur les chiens enragés, sur les épingles, sur le verre, sur le papier, sur mille objets différents, mais l'état mental est toujours le même

C'est une maladie caractérisée par la répétition mentale, le besoin de se répéter constamment les mêmes idées sans pouvoir se satisfaire et sans jamais pouvoir se convaincre.
Or, cette répétition est tellement pénible, la lutte intérieure est si grande entre la partie saine de l'individu et la partie maladive, cette lutte est tellement pénible, tellement fatiguante, que les malades sont obligés d'avoir recours à des moyens secondaires, à des moyens accessoires, pour arriver à se dominer, pour chercher à s'arrêter, pour chercher

à se combattre eux-mêmes. Or, ces moyens sont de deux ordres : ils s'imposent certaines pénitences, ils s'imposent certains vœux, ils s'imposent certains actes pour mettre une fin à ce dialogue intérieur incessant et si fatiguant. Les uns font le vœu de répéter le même mot, la même idée, trente fois, quarante, cinquante fois, en se répétant qu'une fois arrivés au nombre déterminés, ils cesseront. D'autres emploient des moyens variés pour faire cesser leur délire intérieur, ou du moins pour le suspendre momentanément.

Ces moyens sont quelquefois très ingénieux mais n'aboutissent pas toujours à un résultat, tant l'idée s'impose avec ténacité, avec persistance et tant la lutte intérieure est vive.

Mais, la plupart du temps ils ne se bornent pas à s'imposer à eux-mêmes des obligations, ils cherchent au dehors un appui et ils trouvent dans les personnes qui les entourent, dans leurs parents, dans leurs amis, de véritables souffre-douleurs.

C'est un second caractère de cette

maladie, ils ont le besoin d'ajouter l'affirmation étrangère à leur propre affirmation qui ne peut pas les satisfaire; ils sont dans le doute, l'hésitation, ils ne peuvent pas arriver à se convaincre, ils cherchent une conviction dans l'affirmation étrangère, ils obligent les personnes qui les entourent à répéter les mêmes choses en même temps et le même nombre de fois, ou à leur répéter les assurances consolatrices; il faut leur répéter par exemple: non, vous n'avez pas commis une mauvaise action, non il n'y a pas de chien enragé, non vos vêtements

n'ont pas touché le chien, etc etc.

On est obligé de leur dire un nombre de fois fréquemment répété, on est obligé de leur redire les mêmes phrases, les mêmes mots, pour tâcher d'arriver à les satisfaire; ils ont besoin d'ajouter l'affirmation étrangère à leur propre affirmation.

La plupart de ces malades ont donc des souffre-douleurs, c'est presque un caractère constant de l'état maladif. Les actes de ces malades sont tous, en quelque sorte, stéréotypés et se ressemblent

tous.

Ces malades ont la crainte des objets extérieurs, ils ont la crainte de trouver des épingles et des aiguilles, des objets malpropres, des objets nuisibles, et ils les évitent à tout prix, ils craignent de les toucher, ils arrivent ainsi à modifier toute leur existence, depuis le matin jusqu'au soir, ils arrivent à s'isoler du monde extérieur, à vivre dans leur chambre, quelquefois dans leur lit et à ne plus sortir de leur appartement.

Ce sont les degrés de cet état. Ces malades ont des difficultés à cha-

que instant de la journée, ils ont des difficultés pour se lever, pour se promener, pour marcher, pour se mettre à table, pour circuler dans un appartement. Tout devient difficulté et impossibilité pour de pareils malades; ils ont la crainte de toucher les objets extérieurs; ils ne peuvent pas ouvrir une porte, ils ont la crainte de toucher un bouton de porte, ils ont peur que leurs vêtements ne touchent une muraille, une chaise, une autre personne, ils craignent le contact sous toutes les formes, ils craignent

de se mettre à table, de s'asseoir, ils passent longtemps avant de se décider à s'asseoir, à manger ; ils ne peuvent pas se servir d'un couteau, d'un verre ; tout est obstacle, tout est difficulté dans leur vie de chaque instant, de chaque jour, de chaque heure ; cela transforme complètement leur existence, et ces craintes sont tellement dominantes qu'elles dominent tous les autres sentiments, toutes les autres idées

de ces malades ; ils arrivent à ne plus pouvoir vivre de la vie commune, à ne plus pouvoir remplir aucune profession, à ne plus pouvoir rien faire. Ils sont obligés de passer leur vie dans des lavages perpétuels. Car c'est encore un autre caractère : non seulement ils craignent de toucher les objets, mais croyant qu'ils les ont touchés, qu'ils ont une influence délétère, nuisible, ils se lavent constamment les mains, ils dépensent une quantité énorme d'eau

de savons, ils sont constamment oc_
cupés à se préserver de ce contact
nuisible qu'ils redoutent par
dessus toute chose.
Il résulte également de cette ma_
ladie que cette maladie que les ma_
lades ne veulent pas changer de
linge, qu'ils ne veulent pas s'ha_
biller, qu'ils ne veulent pas ~~prendre~~
de nouveaux vêtements et que, sou_
vent, pendant plusieurs années, ils
conservent les mêmes vêtements, la
même chemise, le même pantalon,
la même robe, ne voulant pas en

changer, craignant toujours que les nouveaux vêtements qu'on leur apporterait n'aient subi le contact de la chose qu'ils redoutent, le contact du verre, du chien enragé, des aiguilles, des épingles, d'un objet nuisible quelconque, d'une substance toxique qui pourrait leur faire du mal, leur être nuisible.

Cette maladie est tellement caractérisée que lorsqu'on a vu quelques malades de ce genre, on les a tous vus, ils se ressemblent tous.

Chose étrange, toutes ces petites particularités, tous ces détails qui paraissent insignifiants, qui paraissent de véritables niaiseries, sont tellement classiques, sont tellement fréquents, qu'on les retrouve chez tous les malades et que c'est vraiment une variété clinique réelle existante et parfaitement déterminée.

Lorsqu'on a observé quelques uns de ces malades, on les a tous observés, ils se ressemblent tous; il n'y a que la différence de

degré. Or, la différence de degré a une très grande importance au point de vue pratique. Dans la plupart des cas, au premier degré, les malades peuvent encore continuer à accomplir les devoirs de leur profession et à vivre de la vie commune; il y a un certain nombre de malades qui sont au premier degré de la maladie et qui peuvent encore vivre de la vie générale; on en trouve, par exemple, parmi les

employés d'administrations ; on ~~en~~ trouve dans des situations sociales variées, des hommes qui ont ces dispositions mentales à un certain degré et qui, cependant, peuvent parvenir à les vaincre et à en triompher suffisamment pour vivre de la vie générale.
Mais c'est là le premier degré qui ordinairement augmente au bout de quelque temps, et qui augmente au bout de quelque temps, et qui arrive à un degré plus avancé lequel est in-

compatible avec la vie commune

Alors, ces mêmes malades qui ont pu vivre de la vie commune, de la vie générale, obligés de s'isoler, obligés de s'enfermer chez eux, vivent d'une vie tout à fait exceptionnelle.

Il en est quelques uns qu'on est obligé d'enfermer dans des asiles d'aliénés et c'est en très petit nombre; ce sont des malades arrivés au degré le plus extrême de cet état mental.

Dans ces cas de paroxysmes, les

malades ne se bornent pas à répéter constamment les mêmes paroles, les mêmes actes, ils éprouvent le besoin de se livrer aux actes les plus désordonnés ; ils sont impossibles dans la famille et l'on est obligé de les enfermer, surtout parce qu'ils deviennent des causes de douleur pour leur entourage et qu'ils rendent la vie tellement impossible à toutes les personnes qui vivent avec eux qu'on est obligé de les isoler et de les séparer, soit pour eux-mêmes, soit

pour leurs familles et pour leur entou-
rage.

Mais ce sont les cas les plus rares, et dans les maisons de santé comme dans les asiles, on ne voit qu'un très petit nombre de cas de ce genre. C'est dans la vie générale, dans la vie commune, qu'on les rencontre le plus souvent.

Cette maladie a tous les caractères que je vous ai indiqués dans les folies héréditaires. D'abord on trouve presque toujours des hérédités ner-

veuses mentales chez les héréditaires,
dans les ascendants, mais cette ma-
ladie présente une grande tendance
à la périodicité ; elle n'est pas inter-
mittente, elle existe ordinairement d'
une manière continue pendant toute
la vie, mais à des degrés extrême-
ment différents ; il y a des périodes
d'accès qui peuvent être très lon-
gues et des périodes de rémission
extrêmement prononcées. Les rémis-
sions peuvent être même tellement
fortes qu'elles peuvent simuler

des guérisons.

Des malades qui ont présenté tous les symptômes que je vous ai indiqués à un très haut degré, peuvent, sous l'influence d'un traitement actif, d'un traitement moral, sous l'influence de l'hydrothérapie, de la vie réglée, de mille moyens employés pour combattre l'état du système nerveux, peuvent arriver à des améliorations durant plusieurs années. Ils rentrent dans la vie commune; pendant ce temps ils présentent peu de

symptômes apparents, quoique la disposition mentale intérieure existe toujours quand le malade veut bien en faire l'aveu, la confidence.
C'est une maladie essentiellement paroxystique, malheureusement elle est grave puisqu'elle se reproduit ordinairement et qu'elle dure toute la vie.

Ces malades n'ont pas d'hallucinations (autre caractère des folies héréditaires) dans la plupart des cas, à moins qu'il y ait mélange de plusieurs

formes mentales, il n'y a pas d'hallucinations dans cet état mental.

Autre caractère: ces malades n'aboutissent jamais à la démence, ils peuvent vivre jusqu'à 70 ans et davantage et ne jamais arriver à l'affaiblissement intellectuel évident. Les mêmes phénomènes que l'on a observés dans la jeunesse et après la puberté, existent encore à un âge avancé. J'ai sous les yeux plusieurs ex-

-emples de malades que j'ai obser-
vés, il y a longtemps, que mon
père avait observés, qui sont arrivés
à un âge avancé et qui présen-
tent aujourd'hui les mêmes symp-
tômes qu'à l'époque où nous les
avons observés pour la première
fois.

C'est une maladie qui n'abou-
tit pas à la démence : un au-
tre caractère des folies héréditaires
dont je vous ai parlé.

Vous voyez donc que cette catégorie
de folie avec conscience rentre

parfaitement dans les caractères généraux que je vous ai indiqués dans la séance précédente.

Cette maladie est héréditaire, elle est périodique, elle se produit sous forme d'accès et de rémission très prononcés. elle est caractérisée par des idées ou des impulsions involontaires, mais avec conscience, elle s'accompagne de troubles nerveux, de tremblements, de phénomènes très prononcés du système nerveux; elle est périodique comme je vous

disais, mais elle n'aboutit jamais à la démence ; elle ne présente pas d'hallucinations ; elle a donc tous les caractères principaux des folies héréditaires.

Le pronostic de cet état est assez grave puisque la maladie se reproduit ; cependant on peut espérer des périodes très prolongées d'amélioration ; il y a donc lieu d'appliquer souvent ces traitements, ~~que~~ ce moyen de traitement, que j'indiquais tout à l'heure, des moyens qui agissent souvent d'une

manière favorable, et non seulement le traitement physique mais le traitement moral peut avoir une certaine part dans cet état mental. C'est un traitement qui consiste à lutter contre la disposition maladive. Dans la plupart des cas, dans les cas extrêmes, on n'arrive à aucun résultat, le malade persiste, malgré lui, dans l'accomplissement des actes qui lui sont imposés par la maladie, mais dans quelques cas, cependant, en établissant une règle dans leur vie

en les forcant à se lever, à s'habiller à se promener, à faire des actes contraires à leurs tendances maladives, on arrive ainsi à régulariser leurs actes, au point d'améliorer singulièrement leur vie.

Dans d'autres cas on ordonne des voyages a pied, des voyages à pied, des voyages autour du monde, et à la suite de voyages prolongés cet état mental se modifie souvent d'une façon favorable.

Il n'est donc pas aussi incurable que d'autres états de trouble men_

tal dont j'ai parlé.
Cette variété mériterait d'être décrite avec beaucoup plus de détail, mais j'ai voulu vous indiquer très rapidement quels caractères sont les principaux, et ces caractères sont tellement pathognomoniques qu'on peut reconnaître ces malades à première vue.
Ainsi il suffit de voir un malade qui hésite à ouvrir une porte, qui prend le pan de son habit ou de sa robe pour ou-

vir une porte, pour déclarer à priori qu'il appartient à la caté_gorie dont je vous parle et pour faire toute la description de la maladie. On étonne souvent les malades et les familles en leur dé_crivant, par un seul fait, l'ensem_ble de leur état; on peut faire la description de l'état mental du malade rien que par un seul fait. Quand on a vu un aliéné de ce genre hésiter dans les ac_tes ordinaires de la vie, relever sa robe de crainte de toucher un

objet, s'éloigner d'une muraille, ne pas pouvoir s'asseoir, faire un de ces actes que je viens de vous signaler, immédiatement, par ce seul fait, on connaît toute la maladie et toute son évolution. On peut savoir comment elle a commencé, quelle est sa marche et quel a été l'ensemble des symptômes physiques et moraux que le malade a présentés pendant toute sa vie.

C'est donc là une variété clinique très réelle, très exacte,

qui mérite d'être distinguée au milieu du vaste groupe des folies héréditaires.

M. Legrand du Saule a fait, sur ce sujet, une monographie très intéressante dans laquelle il a collectionné un grand nombre de faits, des faits empruntés à divers auteurs, soit en France, soit à l'étranger; mais cette monographie, qui est très interessante, mériterait d'être completée par de nouvelles observations.

Or, ces observations sont extrêmement nombreuses, chaque médecin n'en voit qu'un petit nombre; chaque médecin croit avoir une affaire à un état particulier, unique dans la science; c'est une erreur.
Cette maladie se ressemble dans toutes les conditions sociales, dans tous les pays, dans tous les lieux. On peut l'observer dans tous les degrés de l'échelle sociale, quoiqu'elle soit plus fréquente dans les classes élevées de la société.

C'est une maladie réellement distincte, une variété si l'on veut, une variété clinique parfaitement déterminée et qui mérite d'être décrite séparément et d'être détachée du groupe trop vaste, trop étendu des folies héréditaires.
C'est en cela que consistera l'avenir de notre science. Il ne faut pas se contenter des catégories que nous avons aujourd'hui : La paralysie générale, les folies héréditaires des diverses formes que je vous ai décrites précédemment. Il faut tâcher d'entrer davan-

tage dans le detail et de spécia
liser davantage l'observation.
Après avoir étudié les caractères
communs à de grands groupes
de malades, il faut étudier les ca
ractères différentiels, il faut pré-
ciser tout à fait la description
et on arrivera dans la patholo-
gie mentale a décrire des mala-
dies tellement nettes et claires,
tellement bien étudiées qu'on
les distinguera comme des espèces
végétales et animales dans l'his-
toire naturelle, on arrivera à

des familles de malades aussi bien décrites, aussi rigoureusement classées et déterminées que le sont les espèces végétales et animales les plus caractérisées. C'est là le progrès de la science. Pour le moment nous n'avons que des indications ; nous n'avons que quelques variétés connues, mais beaucoup d'autres sont encore inconnues et méritent d'être recherchées, d'être étudiées et d'être découvertes. C'est en cela que consisterait le vrai progrès de la pathologie mentale. Mais, au lieu

de se borner à des généralités phi-
losophiques, psychologiques, comme
on l'a fait si longtemps, au lieu
de se borner à décrire l'aliéné en
général comme un être abstrait
embrassant les formes les plus di-
verses, il faut arriver à spécialiser
de plus en plus; après avoir
fait de grands genres, de grands
groupes, il faut faire des espèces,
et après avoir fait des espèces,
il faut chercher des variétés tel-
lement bien déterminées qu'on
arrivera à une précision entière

dans le diagnostic et, partant, dans le pronostic. C'est là le vrai progrès de la science, et c'est pour cela que ces variétés qui paraissent trop spécialisées, qui paraissent trop peu importantes, comme celles que je viens de vous décrire tout à l'heure ont une véritable importance comme indice des progrès futurs de la science.

Dans la prochaine séance, je me propose de terminer le cours de cette année par l'étude rapide des folies épileptiques, des folies hystériques et des folies que Monsieur

Lasègue a appelées des folies cérébrale
C'est un mot qui est difficile ~~de~~
à définir, à déterminer, mais je
chercherai à vous indiquer en quel-
ques mots, rapidement, les idées
du professeur Lasègue à cet égard,
qui me paraissent mériter de fixer
notre attention.

Je terminerai par cette description
le cours de cette année, dimanche
prochain.

(applaudissements.)

---

28 Décembre 1882.

Messieurs,

Mon intention est de terminer aujourd'hui les quelques leçons que j'ai voulu faire cette année sur les maladies mentales. J'ai été obligé d'abréger beaucoup la description des formes que j'ai appelées formes nouvelles de

maladies mentales. Mais mon but a été d'attirer votre attention précisément sur les troubles, sur les états de trouble mental qui sont moins connus et qui ne sont pas décrits dans les ouvrages classiques aujourd'hui à l'usage des élèves et qui n'étaient pas admis par nos maîtres, Pinel et Esquirol et leurs successeurs.

J'ai passé successivement en revue les diverses variétés de la paralysie générale, la forme

circulaire des maladies mentales,
de la folie à double forme, le dé-
lire de persécution considéré comme
maladie spéciale et distincte de
la mélancolie, les diverses varié-
tés de la mélancolie.

Je suis arrivé ensuite aux fo-
lies héréditaires ayant des carac-
tères communs, un groupe très
vaste, trop vaste, trop étendu,
mais qui, cependant, présente des
caractères généraux méritant d'ê-
tre décrits spécialement et d'une
manière distincte.

Enfin, dans la dernière séance, je vous ai parlé des folies avec conscience, c'est à dire d'un état qui n'était pas connu autrefois, puisqu'on admettait que l'absence de conscience de son état était un caractère indispensable, pathognomonique de son état la folie.

Aujourd'hui je me propose d'aborder, dans une seule leçon, l'étude rapide de trois formes différentes de maladies mentales.

Je serai donc nécessairement

très bref sur chacun d'elles, le temps
ne me permettant pas de m'éten-
dre longuement, mon but est sim-
plement de donner quelques indi-
cations relatives à la folie hysté-
rique, à la folie épileptique et
aux états que le professeur Lasègue
a réunis sous un terme généri-
que, sous le nom de cérébraux,
états encore mal connus et qui
méritent cependant d'attirer
votre attention, et de devenir
l'objet d'études plus sérieuses
et plus complètes à l'avenir.

Je commencerai par vous parler
de la folie hystérique.

Ce mot est assez vague et
beaucoup de médecins n'admet-
tent point encore que la folie hys-
térique soit une folie distincte,
spéciale, permettant d'être dé-
crite ~~ensemble~~ à part.

Morel a surtout insisté sur
l'existence de la folie hystériq
qui a été admise, du reste, par
plusieurs auteurs, soit en France
soit à l'étranger.

Il est certain que les caractère

de la folie hystérique ne sont pas absolument délimités, et qu'elle envahit par beaucoup de côtés, soit sur la folie héréditaire, soit sur d'autres variétés des maladies mentales: la folie raisonnante ou la manie en général.

Cependant, je crois qu'il y a progrès à chercher les caractères communs qui permettent de réunir, dans un même groupe, les malades qui ont été atteints d'abord de la névrose hystérique à divers degrés et qui, plus tard, deviennent aliénés.

Pour bien étudier la folie hys-
térique, pour la distinguer des au-
tres variétés de la folie, il importe
d'admettre trois degrés : il faut
d'abord décrire le caractère ha-
bituel des hystériques, les perver-
sions de caractère qui paraissent
habituelles chez les hystériques,
puis, au second degré, la folie
raisonnante des hystériques, et
enfin, comme troisième degré, la
manie hystérique proprement dite.

Vous connaissez tous,
Messieurs, le caractère des hysté-

riques. On a très souvent l'occasion d'en rencontrer dans le monde, et malheureusement il en est dans les familles qui sont de véritables flé-aux, des malades semant par-tout le désordre et la douleur autour d'elles. Ce caractère des hystériques peut se résumer en quelques traits principaux.

Le fait principal, c'est la mobi-lité : la mobilité des instincts, des sentiments, des idées chez les hystériques correspondent à la mobilité des symptômes

physiques. Tout le monde sait que les hystériques sont fantasques rêveuses, capricieuses, romanesque et présentent des alternatives très fréquentes d'une grande mobilité dans les sentiments, dans les idées.

Cette mobilité correspond absolument à la mobilité des phénomènes physiques. Ces malades passent au physique facilement de crises de rire aux crises de larmes. Il en est de même de leur état mental. Leur caractère se résume dans quel

ques traits principaux : d'abord l'altération du caractère. Les hystériques sont extrêmement fantasques, variables d'un moment à l'autre, colères, capricieuses, violentes, injurieuses suivant les moments et elles passent par toutes les alternatives des sentiments. Il fallait une description plus détaillée de cet état de caractère chez les hystériques, mais le temps me presse, je suis obligé d'insister sur les points prin-

cipaux. Un des faits que tout le monde connaît, c'est la disposition des hystériques à la duplicité et au mensonge. Ces malades, alors même qu'elles ne sont pas aliénées, sont disposées à inventer des histoires, des romans, à mélanger le vrai et le faux d'une façon tellement inextricable, qu'il est impossible d'arriver, même par une enquête prolongée, à distinguer ce qu'il peut y avoir de vrai dans leurs accusations

dans les médisances et dans les calomnies qu'elles répandent autour d'elles. Le mensonge est le fond, l'essence même de la vie des hystériques.

D'un autre côté, il y a un fait assez curieux qui est moins connu : c'est que les hystériques ont souvent une tendance à avoir des idées fixes, momentanées. Ce sont deux mots qui sont contradictoires et qui expriment assez bien cette ~~contradiction~~ disposition de leur intelligence.

L'hystérique s'attache à une

idée avec une persistance extra-ordinaire, avec une force de volonté que rien ne lasse, que rien ne rebute, elle poursuit un but avec une volonté persévérante, persistante, et puis, tout-à-coup, au bout d'un certain temps, cette idée disparaît pour faire place à une autre qui acquiert le même degré de fixité relative. C'est un fait très important dans l'histoire psychologique des hystériques, fait que nous allons retrouver d'une manière

plus marquée dans la folie hystérique à divers degrés.

Je ne fais qu'indiquer très sommairement ce caractère des hystériques : j'aurai à y revenir à propos de la folie proprement dite.

Tant que les hystériques ne présentent que ces altérations générales du caractère, elles ne doivent pas être considérées comme aliénés ; elles sont atteintes d'une névrose dans laquelle les phénomènes physiques soma-

tiques, l'emportent sur le trouble mental. Ce n'est encore qu'un premier linéament, qu'un premier degré de l'état mental, qui caractérisera la folie hystérique.

Il y a là, au point de vue de la médecine légale, une très grande difficulté, et surtout au point de vue du diagnostic de la folie, car les traits que nous allons indiquer tout à l'heure, comme caractérisant la folie hystérique, ne sont que

l'exagération de ces premiers phénomènes
qui existent chez la plupart des
hystériques. Il y a donc là une
grande difficulté dans le diagnos-
tic ; la limite précise est diffi-
cile à établir entre le caractère
qu'on pourrait dire normal des
hystériques et leur caractère ab-
solument pathologique, apparte-
nant à la pathologie mentale.

C'est surtout par les ac-
tes que l'on peut distinguer
les hystériques aliénés, des
hystériques qui sont encore
en dehors de la sphère de la

folie.

Les actes des hystériques sont extrêmement caractéristiques, ils sont instantanés, brusques, rapides et extrêmement mobiles comme leurs idées.

Ces malades ont la disposition à briser, à casser, à déchirer; elles ont ce qu'elles appellent: des contrariétés.

Pour l'hystérique, le mot contrariété, représente le fond même de son existence. Ces malades sont souvent fort peu

impressionnables par les chagrins les plus vifs, par les grandes douleurs qui affligent ordinairement l'humanité, tandis qu'elles souffrent constamment par ce qu'elles appellent : la contrariété.

C'est un mot particulier qui représente, mieux que tout autre, le véritable vocabulaire des hystériques.

Il est même remarquable que ce mot qui existe en français ne peut guère être traduit dans

les langues étrangères, en allemand
en anglais, il est difficile de trou
ver un mot qui corresponde exac
tement à ce mot : contrariété, qui
représente le fait fondamental de
la vie des hystériques.

Sous l'influence des prétextes les
plus futiles, elles éprouvent une
contrariété et cette contrariété les
pousse à la colère, à l'irritabi-
lité et à des actes violents. Très
souvent, elles cassent un verre,
elles brisent une assiette, dé-
chirent une partie de leurs vê-

tements, se roulent par terre, ont des manifestations violentes, des actes instantanés, sous l'empire d'une contrariété. C'est là, le premier degré de la folie hystérique; ce fait existe chez les hystériques qui ne sont pas aliénées, mais il s'exagèrent dans les diverses variétés de la folie hystérique.

D'autres malades, plus avancées dans la voie de la maladie, se livrent à des actes encore plus absurdes, plus bizarres, plus

extraordinaires, et démontrant davantage la folie.
Ces malades, par exemple, ont souvent des actes malpropres : elles collectionnent des petits papiers, des objets malpropres, comme M.r Trélat en a cité plusieurs exemples dans son traité de la folie lucide; elles se livrent souvent à des actes obcènes, à des actes qui dénotent, évidemment, un trouble mental profond ; elles se déshabillent, se mettent toutes nues,

elles se livrent à des actes souvent très bizarres, comme par exemple, de boire leur urine, de manger de la terre, de se livrer en un mot, à des actes malpropres et bizarres qui sont assez variés, mais qui, cependant, se représentent souvent chez les malades atteintes de cette variété de folie.

Il y a, par exemple, des malades qui avalent des épingles, qui avalent des morceaux de verre, qui se livrent à des actes ordem.

ment indiquant la folie et qui dépassent la limite de l'état normal.

Tous ces traits que je ne fais qu'indiquer très rapidement, qui existent chez beaucoup d'hystériques, ne sont que les phénomènes élémentaires de la manie hystérique proprement dite.

Nous avons, dans les asiles d'aliénés, des malades qui se présentent à nous sous la forme maniaque : elles arrivent dans un état d'agitation extrême, ou

les classe immédiatement parmi les maniaques ; elles se livrent aux actes les plus désordonnés : elles crient, chantent, vocifèrent, se roulent par terre, se frappent la tête contre les murs. L'accès de manie paraît aussi intense que possible.

C'est là le premier fait que l'on constate lors de l'entrée de ces malades dans les asiles d'aliénés. Ce sont de véritables maniaques hystériques, mais, lorsqu'on étudie attentivement leur état maniaque, on s'aperçoit qu'elles ne sont pas aussi tombées dans leur intelligence, qu'elles le paraissent

au point de vue de leurs actes.
Ces malades, en effet, ont un déli
assez suivi, même au milieu du dé
sordre le plus complet des actes.
Elles sont beaucoup moins troublées
que la plupart des maniaques qu
nous voyons dans les asiles d'a_
liénés.
Ces malades ont ordinairement quel
ques idées fixes: elles se croient en_
ceintes, enceintes depuis bien long-
temps, elles racontent qu'elles
ont été violées, quelquefois par
leur père, par leur frère; elles
racontent des histoires extraordi_

naires, incroyables, qu'elles inventent, ou dont elles inventent la plupart des détails ; et ces romans sont racontés par elles avec une telle vraisemblance, avec tant d'apparence de vérité, avec des détails si précis, que l'on arrive souvent à être induit en erreur et à croire à leur témoignage.

Il y a, dans l'histoire des tribunaux, de la médecine légale, des exemples extrêmement remarquables d'hystériques arrivées à ce degré, qui sont arrivées par des témoignages absolument calomnieux

à faire accuser certains individus, à les faire traduire devant les tribunaux et à convaincre les magistrats de la réalité des accusation absolument imaginaires qu'elles avaient portées.

Il y a, dans la folie hystérique, en général, un besoin d'invention de mensonge. Cette disposition à faire des romans, à constituer des histoires très complètes avec tous les détails nécessaires pour en démontrer la vérité, cette tendance domine dans la manie hystérique même la plus violente, mem

au milieu des actes les plus désordonnés et les plus violents.

D'autres malades, au lieu d'inventer des histoires et des romans, ont des conceptions délirantes extrêmement fixées et qui durent souvent assez longtemps, elles croient avoir des animaux dans l'estomac, dans le corps, dans les intestins, des vers dans la tête. D'autres ont des idées de grandeur. Il y a, en un mot, chez les aliénés hystériques, des conceptions délirantes qui acquièrent

un grand degré de fixité.
Pendant très longtemps, la malade exprime ces mêmes idées, elle a une conviction profonde de leur réalité. A priori, une malade chronique semble atteinte de délire chronique, comme beaucoup d'autres aliénés qui ne sont pas alliées à l'hystérie, et un beau jour, cette idée délirante qui paraissait si persistante, si fixe, si dominante, disparaît pour faire place à une autre. Cette

nouvelle idée se substitue à l'idée ancienne et acquiert le même degré de ténacité relative. C'est un fait très important à noter dans la folie hystérique.

Ce qui caractérise surtout cette forme de folie c'est la conservation relative de la lucidité de l'intelligence; il y a un grand désordre des actes, il y a là un caractère qui permet de distinguer les maniaques hystériques de beaucoup d'autres maniaques que l'on observe dans les asiles d'aliénés; ces actes

sont instantanés, rapides et pas-
sent à l'action; ces malades se
livrent aux actes les plus désor-
donnés, et cependant elles sont
capables, à un moment donné,
quelque temps après ces violences,
elles sont capables de se mainte-
nir, de se tenir très convenable-
ment vis-à-vis d'autres person-
nes et de ne pas paraître du
tout aliénées, alors qu'au con-
traire, elles ont eu précédemment
les manifestations les plus vio-

lentes et les plus irrégulières. Il y a là un contraste, d'un moment à l'autre, qui est un des caractères principaux de la folie hystérique.

Cette forme de maladie mentale dont je ne peux qu'ébaucher la description aujourd'hui, a un caractère principal : elle est essentiellement rémittente. Après plusieurs semaines, quelques mois, quelquefois passés dans cet état d'excitation violente, avec désordre des actes, les malades arrivent peu à peu

à une véritable convalescence, à une apparence de guérison, et, très souvent, on les renvoie des asiles d'aliénés comme guéris, mais cette guérison est temporai[re,] elle n'est pas de longue durée; de nouveaux accès semblables se reproduisent et, après plusieurs mois successifs, il arrive souvent que la maladie tourne à l'état chronique et à une sorte de démen[ce] précoce.

C'est un fait sur lequel le doc_

sieur Morel surtout a insisté et dont on trouve la preuve tous les jours dans les asiles d'aliénés. Alors que souvent on a porté un pronostic très favorable sur la guérison de ces malades hystériques, après plusieurs accès successifs, on est tout étonné de voir chez des jeunes filles, chez des personnes de 20 à 25 ans, la maladie tourner brusquement ou progressivement à la démence précoce, à une sorte d'idiotisme

anticipé.

Ces malades ont alors, ordinaire-ment, une salivation très abondan[te] ; l'intelligence baisse considérablemen[t] ; les actes violents persistent, au milieu d'un affaiblissement intel-lectuel considérable ; ces malades deviennent gâteuses, malpropres et arrivent à une démence pré-coce qui ne se modifie pas, qui est invétérée et qui dure quelque-fois toute la vie.

Il y a là une transformation

de la manie hystérique en démence ou en idiotisme anticipé, qui est extrêmement remarquable et qui est malheureusement très fréquente. Il faut donc se garder de porter un pronostic trop favorable sur les accès de manie hystérique.

A première vue, ces accès paraissent présenter peu de gravité, parcequ'ils sont liés à une névrose plutot qu'à une maladie mentale proprement dite ; et cependant, très souvent, chez des jeunes filles, la mala-

die se transforme et arrive à un état incurable, à un état immodifiable et qui peut durer toute la vie. Il importe beaucoup d'insister sur ce côté de la maladie hystérique qui n'est pas assez connue. On est disposé souvent à porter un pronostic favorable et l'événement vous donne un cruel démenti.

Je n'ai voulu, Messieurs, que très rapidement vous indiquer quelques uns des caractères principaux de la folie hystérique.

Elle mériterait d'être étudiée avec beaucoup plus de détails, mais le temps ne me permet pas aujourd'hui, d'insister davantage sur cette variété. J'ai voulu seulement vous montrer que l'on pouvait, même au milieu de tous les états mentals à divers, que l'on pouvait trouver quelques caractères généraux qui suffisent au diagnostic de la folie hystérique, et qui permettent même, sans connaître

les antécédents du malade, mêm
sans connaître les phénomènes qui
accompagnent cet état mental,
d'arriver au diagnostic de la
folie hystérique. Un fait impor
tant mérite d'être signalé : c'est
que les malades sont bien des
hystériques, puisque l'on constat
chez elles, des attaques antérieur
très évidentes et certains symp
tômes de l'hystérie très carac
térisés, mais, comme l'a très
bien fait remarquer le docteur
Morel, et plusieurs autres après

lui, cette hystérie accompagnée de maladie mentale est ordinairement beaucoup moins caractérisée que l'hystérie ordinaire. Au lieu de ces grandes attaques violentes que tout le monde connaît, qui ont été signalées, si bien décrites surtout dans ces dernières années, qui ont fait l'objet particulier de l'enseignement du professeur Charcot et qui ont été étudiées par ses élèves sous son impulsion d'une manière si remarquable, eh bien, ces états hysté-

riques sont beaucoup moins caracté-
risés chez les aliénés que chez les
malades qu'on observe dans la cli-
entèle civile, dans la clientèle pri-
vée.

La grande hystérie, en un mot,
s'accompagne plus rarement de
maladie mentale, tandis que
les aliénés atteints de folie hys-
térique, ne présentent, en général,
que quelques uns des symptômes
de l'hystérie. Les attaques sont
très incomplètes; il y a des ser-
rements à la gorge, il y a le clou

hystérique, il y a des anesthésies et des hypéresthésies, il y a des phénomènes spéciaux, mais isolés, et la plupart des folles hystériques ne présentent que quelques uns des symptômes hystériques. Il y a, en quelque sorte, une raison une raison inverse entre le trouble mental et le trouble somatique; plus les hystériques ont des convulsions intenses et violentes, moins elles sont disposées aux maladies mentales; et, au contraire, les hystériques aliénés ne présentent que quelques

symptômes isolés de la névrose hystérique.

C'est un fait général très important à signaler, et que l'observation démontre tous les jours.

Après ces quelques indications trè vagues et très incomplètes sur la folie hystérique, j'arrive à la manie épileptique.

La manie épileptique a été l'objet de nombreuses études, surtout depuis une trentaine d'années. Cette maladie qui n'était pas admise, par nos devanciers,

comme maladie spéciale et distincte est reconnue de tout comme folie spéciale. Elle doit être étudiée sous deux formes différentes. Il y a d'abord, comme pour l'hystérie, à étudier le caractère habituel des épileptiques. Les épileptiques sont tous, plus ou moins, irritables, colères, difficiles à vivre, querelleurs, et partout où on réunit des épileptiques, on sait que leur caractère est extrêmement difficile et qu'ils sont presque impossibles à gouverner.

Il y a un caractère épileptique

que tout le monde connaît ; mais
en dehors de cet état qui appartien
à la névrose épileptique, même sans
trouble mental, il y a deux va-
riétés principale de trouble mental
épileptique : il y a ce que j'ai ap-
pelé le petit mal intellectuel et
le grand mal, pour indiquer la
correspondance entre le trouble men-
tal et le trouble physique.
Vous savez tous, Messieurs, que
l'épilepsie se présente sous des
formes diverses, que tantôt elle
est vertigineuse, tantôt au

contraire, convulsive. L'épilepsie consiste quelquefois, assez souvent, dans de simples absences, des pertes de connaissance momentanées, de très courte durée qui, souvent, sont à peine appréciables. Dans d'autres cas, au contraire, ces pertes de connaissance sont un peu plus longues, elles sont accompagnées de phénomènes physiques ou de phénomènes de trouble mental passagers. C'est ce qu'on a appelé le vertige délirant.

Il y a, en effet, des épileptiques, sur lesquels, M. Trousseau surtout,

a attiré l'attention, qui sont bien connus de tous les médecins spéciaux. Ces épileptiques, sans présenter de grandes attaques convulsives, caractéristiques, ont un vertige délirant; au lieu d'avoir une simple absence, c'est à dire une perte de connaissance momentanée et absolument bornée à la perte de connaissance, ces malades pendant le vertige, se livrent à des actes automatiques toujours les mêmes. Ainsi, par exemple, ils boutonnent et déboutonnent leur gilet, leur

pantalon, ils remuent leurs mâchoires, ils agitent leurs mains d'une certaine façon, ils ont des mouvements automatiques variés, des mouvements de déglutition souvent très variés et fréquemment répétés pendant plusieurs secondes. Ces épileptiques ont des mouvements automatiques pendant leur vertige. D'autres – et ce fait est moins connu – prononcent quelques paroles, tandis que l'absence proprement dite est absolument silencieuse, le vertige délirant est accompagné de quelques paroles, quel-

ques paroles toujours les mêmes.
Ces malades répètent quelques mots, comme par exemple : de l'eau, de l'eau, de l'eau ; un mot qu'ils adoptent et qui est toujours le même à tous les accès. Ces malades courent devant eux, marchent, les uns tournent en cercle, les autres marchent directement en avant, se livrent à des mouvements automatiques, et, pendant ce temps, prononcent quelques mots, prononcent quelques paroles, toujours les mêmes à tous les accès et, chose assez

remarquable, ces mots correspondent assez souvent aux émotions qui ont existé lors du premier accès. Il y a un assez grand nombre d'exemples de malades qui, ayant été, étant devenus épileptiques à la suite d'une émotion vive, à la suite, par exemple, de la poursuite d'un chien ou d'un animal quelconque, croient pendant cet accès passager du vertige, revoir la scène qui a été le point de départ de leur maladie, et font allusions aux diverses circonstances

qui se sont passées à cette époque ; les mots qu'ils prononcent paraissent être en relation avec la première impression qui a coïncidé avec l'origine de la maladie. Il y a donc des vertiges délirants, mais ces vertiges délirants sont de très courte durée, ne durent que quelques secondes et ne constituent pas la véritable folie épileptique. Mais, en dehors de ces cas qui rentrent encore dans la névrose, se trouvent les deux catégories de maladie épileptique qui méritent d'être décrites.

Le petit mal correspond, en général,
aux vertiges de l'ordre somatique.
C'est un état qui n'était pas connu
autrefois et qui mérite beaucoup de
l'être, surtout au point de vue de
la médecine légale. Certains épilepti-
ques dont les symptômes physiques
sont également prononcés, en général,
des épileptiques jeunes de 20 à 25,
quelquefois plus jeunes, sont pris tout-
à-coup du besoin de marcher.
Ces jeunes gens qui vient de la
vie habituelle, qui remplissent une
profession comme les autres, qui

qui n'ont pas attiré l'attention par des phénomènes particuliers, sont pris tout-à-coup du besoin de marcher, de vagabonder. En général, c'est le matin, de très bonne heure ; ils se lèvent, sortent de leur lit ; quelquefois ils s'habillent même d'une manière très incomplète ; ils portent ~~tous~~ gilet ni casquette, sans cravate, sont incomplètement vêtus et marchent devant eux. C'est là le premier phénomène de l'état maniaque épileptique,

ils marchent devant eux, comme dans les villes, comme dans les campagnes. Ils vagabondent en général, vont à droite et à gauche, sans but, ils sont dans un état de confusion générale des idées. Ils ont, en même temps, un rêve intérieur, une espèce de cauchemar, ils sont sous l'empire d'idées terrifiantes, très souvent ils ont eu pendant leur état normal, des préoccupations pénibles, des querelles avec leur famille, avec leurs parents, avec leurs amis

Ces diverses circonstances qui exis_taient dans leur état de veille pour ainsi dire, dans leur état normal, se reproduisent avec plus d'intensité pendant le délire. Ils ont des phénomènes de jalousie, de haine entre leurs parents, de désir de vengeance, une espèce de rêve, de cauchemar de nature pénible et terrifiante et, sous l'empire de ces idées qui les portent soit au suicide, soit à l'homicide, marchant devant eux, remontant

sur leur passage, soit une rivière, soit un précipice dans lequel ils se précipitent, ils se livrent au suicide d'une manière instantanée et, en quelque sorte, automatique.
Dans d'autres cas plus fréquents, ils rencontrent une personne quelconque, qu'ils n'ont pas connue, avec laquelle ils n'ont eu aucune relation, qui survient d'une manière inopinée, et leurs instincts violents se développent; ils se précipitent sur ce premier venu, sur ce passant; ils saisissent la première

arme qu'ils trouvent sous la main, un bâton, une canne, un instrument tranchant quelconque, une hache, n'importe quel instrument violent qu'ils rencontrent sur leur passage, et alors ils frappent à coups redoublés, avec une rage folle, avec une violence d'action dont on ne peut pas se faire une idée en dehors de cet état particulier ; ils frappent à coups redoublés, font plusieurs blessures et souvent plusieurs victim[es]

Il y a, dans la science, de nombreux exemples de malades qui

ont, dans cet état maniaque, couru à travers les campagnes, ont rencontré plusieurs personnes et en ont tué plusieurs successivement. Il y a quelques années, un malade d'Orléans (L'exemple est cité dans l'ouvrage de M. Legrand du Saule) qui a tué sept personnes coup sur coup dans les environs d'Orléans.

Or, ce fait est très fréquent. La plupart des malades atteints de cette variété de délire épileptique, font, en général, plusieurs blessures

et plusieurs victimes.

A la suite de cet état qui peut durer plusieurs heures, une journée tout au plus, le malade revient à lui. Souvent c'est à la suite de l'acte violent qu'il se dégrise en quelque sorte. Après avoir accompli cet acte violent, satisfait sa vengeance, sa haine, sa jalousie, avoi épuisé, en quelque sorte, son acti-vité nerveuse par un acte violent fréquemment répété, le malade revien à lui, il s'éveille en quelque sorte il va de lui-même se livrer aux

magistrats ou à la première personne venue. Il raconte les diverses circonstances, en général, les divers faits qui se sont produits, mais il a presque toujours complètement oublié tous les faits précédents. L'oubli, la perte de mémoire, est un caractère essentiel de cette façon de délire épileptique. Ce malade n'a aucun remords de ce qu'il a fait, la plupart du temps il en a perdu le souvenir, ou il ne conserve que quelques souvenirs isolés sur certains détails des

faits qu'il a accomplis. Le lend
main, lorsqu'il est interrogé par
un magistrat, il est rentré dans
son état normal, il a une grande
lucidité, il raconte les faits dont
il a conservé le souvenir, mais il
nie absolument tous les autres
dont la mémoire est entièrement
effacée dans son esprit.
C'est un état qui étonne toujou
les magistrats, les personnes qui
interrogent ces malades. Ils croien
à la simulation, ils ne veulent
pas admettre que la perte de

mémoire soit réelle, soit positive, et cependant c'est un fait caractéristique de cet état mental. Ceci représente le petit mal intellectuel des épileptiques, et correspond absolument, par les caractères principaux, à la description du grand mal, c'est à dire de la manie épileptique que l'on peut éclairer scientifiquement l'étude des états intermédiaires plus ou moins caractérisés. En effet, dans les asiles d'aliénés, tout le monde sait qu'il y a des épileptiques qui, de

temps en temps, de loin en loin, sont pris tout-à-coup de manie périodique.

Cette manie périodique a des caractères constants et parfaitement faciles à décrire. D'abord elle est rapide dans son invasion comme toutes les manies intermittentes : l'invasion se fait en quelques heures, quelquefois en moins de temps. Le malade, tout-à-coup, est pris d'un état maniaque des plus violents ; cet état maniaque arrive rapide-

dement au summum. Pendant la durée de cet état qui peut être de deux, trois jours, quelquefois s'étendre jusqu'à dix jours, les malades se livrent aux actes les plus violents, ce sont les plus dangereux, les plus excessifs dans leurs actes, les plus difficiles de tous les aliénés maniaques. On est obligé de les enfermer dans les cellules, de leur mettre la camisole; ils cassent et brisent; ce sont les plus dangereux de tous les aliénés; mais malgré cette violence extrême des actes, ils conservent une lucidité

relative, on peut causer avec eux, entrer en conversation, obtenir des réponses aux questions qu'on leur pose. Leur délire peut être suivi dans ses diverses étapes.

Ordinairement, il y a un grand nombre d'hallucinations de l'ouïe, de la vue; ces malades voient des spectres, des fantômes, voient rouge, souvent voient du sang, ont des visions prédominantes, en même temps entendent des voix, obéissent à ces voix, ils sont terrifiés, ils ont un délire dans lequel domine la terreur

Ce délire est extrêmement complexe, très étendu, mais cependant relati-vement lucide. On peut obtenir pen-dant l'accès des malades des détails très précis sur les idées dominantes, sur les idées délirantes qui les agi-tent. Il y a là un contraste très re-marquable dans le délire épilepti-que, entre le degré de conscience pen-dant l'accès et la perte du souve-nir après sa cessation.

Ces malades, quand ils reviennent à eux, au bout de plusieurs jours, ont presque constamment et complè-

tement oublié tous les phénomènes de leur accès, aussi bien ce qu'ils ont dit. que les faits dont ils ont été témoins. La perte du souvenir est un point essentiel de la mani[e] épileptique et pourtant pendant l'ac[-] cès, ces malades ont plus de cons[-] cience et plus de netteté dans les idées que la plupart des autres maniaques, ils sont moins incohé[-] rents, moins troublés, ils ont moins de confusion dans les idées, et cepen[-] dant ils ont beaucoup plus de

perte de souvenir après l'accès. Cet état épileptique très violent, très connu dans les asiles d'aliénés, se termine aussi brusquement qu'il a commencé. Il y a, pour la manie épileptique, les mêmes caractères que pour les manies intermittentes : invasion rapide, durée relativement courte de l'accès, cessation aussi brusque qu'a été l'invasion ; mais en plus, comme caractère de la manie épileptique, il y a la perte du souvenir qui est un caractère essentiel sur lequel il importe beaucoup

d'insister au point de vue médico-légal.

Nous voyez donc, Messieurs, que, soi[t] sous cette forme atténuée du petit mal intellectuel, soit sous la form[e] plus violente du grand mal, c'est à dire de la manie épilep[-]tique, les épileptiques ont des caractères communs, ont des caractères de trouble mental qui permettent de les reconnaît[re.] Or, ceci est un véritable progrè[s] pour la science et surtout pour la médecine légale, car, chose

remarquable, non seulement ces accès se produisent chez les épileptiques dont les accès ~~sont~~ convulsifs sont très caractérisés, dont la nature épileptique n'est pas contestable, n'est contestable pour personne, mais se produisent dans d'autres circonstances qui sont bien plus importantes à noter au point de vue médico-légal et constituent ce qu'on a appelé l'épilepsie larvée ou l'épilepsie méconnue.

C'est là un vrai progrès pour la médecine légale.

Mais il y a un point encore obscur et qui mérite une étude plus attentive.

Il est, en effet, des épileptiques qui ont présenté dans leur jeunesse des accès évidents d'épilepsie et qui, à un certain âge, cessent d'avoir des accès convulsifs et n'ont que des vertiges méconnus, des vertiges nocturnes. Il y a des vertiges dont l'observation est assez difficile ; c'est ce que l'on a appelé l'épilepsie méconnue. Ces malades ont

souvent pendant la nuit, des attaques incomplètes ou des attaques inaperçues, on ne peut les constater que par une observation attentive. Ainsi, on s'aperçoit qu'ils ont au réveil un état de somnolence prolongée. On constate chez eux des ulcérations, des ecchymoses, sur les paupières ou sur le front. D'autrefois on constate la morsure de la langue, le matin au réveil. Enfin, un fait très important, c'est l'incontinence des urines qui a lieu souvent dans la nuit et qui coïncide avec le vertige ou

une véritable attaque d'épilepsie.
A l'aide de ces symptômes, on peut reconstituer après coup, l'accès épileptique qui a passé inaperçu, soit parce qu'il a eu lieu pendant la nuit, ou, qu'ayant eu lieu pendant le jour, il a été de très courte durée et non observé.

Beaucoup de ces malades ont des accès de trouble mental et n'ont pas l'épilepsie sous la forme violente caractérisée. Il faut donc une grande attention pour le

médecin légiste pour constater l'épi-
lepsie chez les individus qui passent
simplement pour des aliénés. C'est
ce qu'on a appelé l'épilepsie mécon-
nue. Ces malades ont réellement
des attaques d'épilepsie ou des
attaques de vertige épileptique, mais
ces attaques passent inaperçues et
on constate chez eux que le trouble
mental, lorsqu'ils se sont livrés à
un acte violent justiciable des tri-
bunaux, les magistrats comme
les médecins experts, ne sont frap-

pés que par le trouble mental. Ils croient avoir affaire à une de ces monomanies caractérisées autrefois sur le nom de maladie homicide instinctive, monomanie du vol, monomanie incendiaire, caractérisé uniquement par les actes. Et vous pouvez lire dans l'ouvrage de M. Marc sur la médecine légale un assez grand nombre d'exemples de ce genre sous le nom de monomanies. A l'époque où la science, où la médecine légale, se bornait

là, il était très difficile de convaincre les magistrats de la réalité de la maladie mentale. Ces malades ayant été pris très subitement, ayant été malades pendant très peu de temps, ayant commis des actes violents qui paraissaient motivés par la vengeance ou par la jalousie, par un sentiment quelconque, (quoique les actes, le plus souvent) ne sont pas intéressants; eh bien, les magistrats ne pouvaient pas croire à la folie et il était très difficile de leur démontrer

que l'on avait affaire à des aliénés
Aujourd'hui, le progrès accompli dans l'histoire de la manie épileptique est un grand auxiliaire très utile pour le médecin légiste. Le médecin légiste arrive avec des arguments extrêmements forts et invincibles; non seulement il démontre le trouble mental, mais il démontre que ce trouble mental est lié à une névrôse et, par une étude attentive du malade, par une étude clinique approfondie, il

arrive à reconstituer la névrose toute entière, à montrer qu'on n'a pas affaire seulement à un aliéné homicide, mais à un aliéné épileptique qui présente des symptômes épileptiques qu'il a présenté autrefois dans sa jeunesse et qu'il a encore aujourd'hui, seulement ils étaient méconnus.

C'est un vrai progrès pour la médecine légale des aliénés, mais indépendamment de ces épilepsies méconnues qui sont extrêmement fréquentes, il y a d'autres cas plus difficiles à déterminer.

Ce sont des cas qu'on a appelés l'épilepsie larvée.

Dans ces cas, on ne peut pas démontrer d'une manière certaine, l'existence de la névrose épileptique, on ne peut que la soupçonner. Ces malades présentent tous les caractères que je viens de vous indiquer sommairement, des maniaques épileptiques.

Pour un médecin aliéniste, il n'est pas douteux qu'ils sont atteints de manie épileptique, mais on ne peut pas démontrer l'existence de l'épilepsie

du moins, il est très difficile de la démontrer. On a alors affaire à des malades qu'on a appelés épileptiques larvés, qui sont très interessants à étudier.

Ces malades présentent tous les symptômes que je viens de vous indiquer d'une manière rapide. Ils sont atteints d'un état maniaque rapide, subit dans ses invasions, qui se caractérise par la violence des actes, par des ideés terrifiantes, qui dure un certain temps

mais qui est relativement court, pour arriver à d'autres états maniaques, observés chez les aliénés. Ces malades sont surtout remarquables par la violence extrême de leurs actes, par le trouble profond de leurs idées pendant l'accès et, de plus, ils ont la perte du souvenir après la cessation de l'accès. Nous voyons souvent à la sûreté de Bicêtre, des malades de ce genre qui nous sont amenés.

Après un acte violent, ils

ont bénéficié d'une ordonnance de non-lieu, ils ont été considérés comme aliénés, mais on a méconnu l'épilepsie. Ces malades au bout de quelques jours, quelquefois plus tôt, reviennent à l'état normal et paraissent extrêmement raisonnable ; quelquefois pendant plusieurs mois, ils n'ont aucune espèce de manifestations délirantes. Ils paraissent complètement guéris de leur accès et rentrés dans la vie commune de l'humanité.

On hésite à les faire sortir à cause de la violence des actes auxquels ils se sont livrés, mais on ne peut pas démontrer l'existence actuelle de l'aliénation mentale. Ce sont des cas extrêmement embarrassants aussi bien pour les médecins que pour les magistrats mais, quand on a bien étudié les caractères spéciaux du trouble mental on arrive à se convaincre que ces malades doivent être épileptiques. En effet, au bout

de quelques mois, au bout d'un temps plus ou moins long, on voit tout-à-coup se produire des accès absolument identiques à celui qui a été préablement observé. Ces malades, tout-à-coup, changent de nature, se transforment, deviennent en quelque sorte d'autres personnes. Ils sont atteints rapidement de trouble mental avec violence, avec la reproduction des mêmes idées et des mêmes actes qui ont caractérisé l'accès préc-

dents. Cet accès dure un temps assez court mais dure à peu près aussi longtemps que l'accès pré_cédent, en un mot il semble sté_retypé sur l'accès qui a été obser[vé] antérieurement. C'est déjà une preuve de plus de la nature épi_leptique de la maladie. Mais si ces accès se reproduisent plu_sieurs fois, si on les observe at_tentivement et que l'on constate les mêmes phénomènes, les mê_mes violences, les mêmes caractère[s]

alors, pour le médecin clinicien, il n'y a plus de doute possible sur la nature épileptique de la maladie. Cependant, souvent on ne peut pas encore arriver à démontrer l'épilepsie, mais un beau jour, souvent après très longtemps, arrivent des phénomènes physiques qui démontrent la vérité de l'observation faite par le médecin. Pendant la nuit, le malade est pris d'une attaque soit complète, soit incomplète; il perd connaissance, il se mord la langue, il urine dans son

lit ; il a le matin, au réveil, des ecchymoses soit sur le front, soit sur les paupières ; il a, en un mot, tous les symptômes que je vous indiquais tout à l'heure comme signes caractéristiques de l'épilepsie méconnue. La démonstration arrive alors et vient prouver au médecin qu'il ne s'était pas trompé dans son diagnostic et qu'il avait bien affaire à une épilepsie larvée, c'est à dire à une épilepsie se manifestant sous la forme physique de vertiges ou de

convulsions. C'est là un vrai progrès pour la science, seulement il ne faut pas en abuser; on a peut-être exagéré cette donnée. Il y a des cas douteux, il y a des cas dans lesquels on ne peut pas démontrer, d'une manière scientifique, la relation entre ce trouble mental et l'épilepsie vraie. Cependant, dans beaucoup de circonstances, après avoir attendu très longtemps, on découvre ou que le malade a été épileptique autrefois ou qu'il le devient plus tard.

Il y a dans la science, des exem
ples de malades qui, après un
long temps passé dans cet état
de trouble mental épileptique, ar
rivent à avoir des manifestations
épileptiques caractérisées et à don
ner raison au diagnostic. Cepen
dant, il y a là un écueil à évi
ter et certains auteurs ont été
trop loin. M. Guyot, par exem
ple, a été jusqu'à dire que
toute manie périodique, n'était
qu'une épilepsie larvée, que
toute manie à court accès, à

invasion rapide, à cessation brusque, n'était qui une variété de l'épilepsie intellectuelle, (ceci est une exagération) de l'épilepsie larvée. Il n'en est pas moins vrai que c'est un progrès pour la science, pour la clinique, comme pour la médecine légale, que la découverte de ces faits, c'est un argument de plus à donner aux magistrats pour démontrer la nature pathologique de ces états qui sont souvent si difficiles à juger, au point de vue de la

médecine légale.

C'est dans cette voie de progrès que nous devons nous engager de plus en plus. La médecine des aliénés, la médecine légale doit être essentiellement clinique, comme toute la médecine légale en général; cette branche de la médecine n'est qu'une science d'application, c'est le diagnostic des maladies appliqué à des cas médico-légaux; la clinique est la vraie voie de la médecine légale. La médecine légale doit reposer sur l'observa

vation individuelle de chaque individu soumis à l'examen, mais elle doit reposer également sur la connaissance des faits analogues, sur la connaissance clinique des maladies. Or, dans les maladies mentales, on n'a pas procédé ainsi jusqu'à présent. Les médecins légistes se sont bornés à étudier la nature des actes accomplis. Quand on lit les traités de médecine légale sur les aliénés, on remarque, qu'en général, on s'est borné à étudier les faits qui accompagnent

l'acte violent soumis à l'examen des magistrats et des experts: ainsi, par exemple, on dit: L'ac a-t-il été motivé? l'acte a-t-il été sans motif? Si l'acte a été sans motif, on en tire cett conclusion qu'il a dû être accom pli par un aliéné. Cet acte a-t-il été motivé par des sen timents naturels, par la ven geance, par la jalousie, par l'in térêt; dans ce cas on a affaire à un criminel ordinaire. Si, au contraire, il n'y a pas de

motif, on a affaire à un aliéné.
Eh bien, cette distinction est tout à fait inexacte. Il y a des aliénés qui préméditent leurs actes, les persécutés d'abord et beaucoup d'autres, qui agissent en vertu d'un sentiment de jalousie, d'un sentiment de vengeance, pour obtenir une réparation d'une injure ou pour obtenir la cessation de persécutions dont ils se croient l'objet. Eh bien, évidemment, ces aliénés agissent en vertu d'un motif et, cependant, ils sont alié-

nés. Ce n'est donc pas sur la connaissance de l'acte en lui-mêm[e] des circonstances qui l'ont précéd[é] accompagné ou suivi, que le médecin légiste doit baser son observation et son diagnostic; il doi[t] le baser sur l'observation clinique des maladies et, pour cela, il faut que la pathologie mentale soit elle-même plus avancée et soit arrivée à établir des variétés cliniques parfaitement claires, parfaitement démontrées. Or, nous en avons déjà plusieurs

nous avons plusieurs maladies mentales qui sont parfaitement décrites, très bien étudiées, décrites sous une forme magistrale et que l'on peut reconnaître cliniquement dans un cas de médecine légale qui se présente; dans ce cas, l'hésitation n'est pas possible, on a alors un aliéné appartenant à une catégorie parfaitement décrite et parfaitement déterminé. La manie épileptique est un grand progrès, sous ce rapport, dans la science. Beaucoup

de malades qu'on désignait autre-
fois comme monomanes homicides,
comme monomanes incendiaires, ne
sont pas autre chose que des épilep-
tiques aliénés, appartenant à
cette variété particulière de ma-
niaques épileptiques. Eh bien, le
progrès consisterait à découvrir
de nouvelles formes mentales cli-
niques très bien étudiées, ayant
des rapports avec la médecine légale
s'accompagnant d'actes violents et
pouvant être décrites d'une ma-
nière spéciale et distincte. On

l'a déjà obtenu pour la manie épileptique, et on commence à le connaître pour quelques autres états. Ainsi, ce que je vous disais l'autre jour pour les folies héréditaires peuvent devenir d'un grand secours pour le médecin légiste, pour étudier certains actes accomplis par les aliénés héréditaires. C'est une catégorie déjà mieux connue qu'autrefois et qui peut servir puissamment le médecin légiste.

Le professeur Lasègue qui a fait

de la médecine légale une étude très attentive, et qui a fait des rapports extrêmement remarquables, mais qui malheureusement n'ont pas été publiés, des documents extrêmement précieux pour la science s'ils étaient imprimés, le professeur Lasègue a travaillé toute sa vie dans ce sens et il est arrivé à un résultat qui mérite de fixer notre attention en terminant.

Il admettait très bien, comme le docteur Morel, les folies hé

important, qui passe souvent inaperçu, un premier ictus, comme il le disait, et, à partir de ce jour, à partir de ce premier accident cérébral qui a passé inaperçu, ces malades, suivant son expression pittoresque, ont perdu leur virginité cérébrale. Ils sont entrés dans la sphère pathologique, ils ont cessé d'être des hommes nerveux, doués de la raison commune, ils sont entrés dans la voie de la pathologie cérébrale. Or, ce fait est très

vrai, très exact, très interessant à signaler, quelquefois c'est à la suite d'un traumatisme. Ces individus sont tombés sur la tête, ont reçu un coup sur la tête ils ont des accidents assez intense de commotions cérébrales ou autres. Au bout de quelques jours, ils sont revenus à eux-mêmes et, après ce premier accident, soit spontan[é] soit provoqué, ils cessent d'être des hommes comme les autres et ils ont, en quelque sorte, hérité

d'eux-mêmes, selon une autre expression pittoresque qu'il employait, ce sont des individus qui ont pendant leur état cérébral qui, à partir de ce jour entrent dans la voie pathologique. Ceci a lieu souvent à l'époque de la puberté, et c'est alors qu'il est très difficile de distinguer si on a affaire à des héréditaires ou à des individus congénitalement bien organisés car, ainsi que je vous le disais dans une précédente ~~lettre~~ séance, c'est

souvent à l'époque de la puberté que surviennent les accidents céré braux chez les héréditaires, de sorte que, comme il est très difficile sou vent de découvrir l'hérédité dans les familles, il peut toujours y avoir un point d'interrogation; eh bien, on peut se demander si, dans ces cas, pour ainsi dire congé nitaux, on n'a pas affaire sou_ vent à des héréditaires. Mais, quel que soit ce point d'interro_ gation, ces malades à partir de

réditaires avec leurs caractères spé-
ciaux ; mais, dans certains cas ad-
admis par Morel comme des héré-
ditaires, M. Lasègue, au contraire,
voyait des malades congénitaux,
des malades qui étaient individuel-
lement atteints et non pas héré-
ditairement ; il y avait sur ce point
une dissidence assez profonde entre
M. Morel et M. Lasègue. Certains
malades que j'ai vus, observés, par
eux deux, étaient considérés par
Morel comme des héréditaires, de-

vant leur maladie à leurs ascen-
dants, et M. Lasègue, au contraire,
les considérait comme atteints indi-
viduellement, personnellement, il ne
croyait pas à l'influence de l'héré-
dité dans ces cas particuliers. En
vertu de ses études spéciales sur
ce point, il est arrivé à découvrir
une catégorie de malades qui mé-
ritent de fixer l'attention des
aliénistes. Il a indiqué les princi-
paux traits de cette description, mais
elle est encore incomplète et méri-

serait d'être étudiée plus attentivement. Il a admis des malades qu'il a appelés des cérébraux. Ce mot est trop générique, il ne représente pas bien l'idée qu'il veut exprimer, mais, faute de mieux, il a dû s'en servir jusqu'à nouvel ordre. Or, pour M. Lasègue, ces cérébraux, cette catégorie spéciale, repose sur plusieurs faits qui méritent de fixer l'attention. Le premier fait est celui-ci : ces malades, en naissant, sont à peu

près conformés intellectuellement et cérébralement comme tout le monde ils ne sont pas des héréditaires, mai à certain moment de leur existence souvent dans leur enfance, plus souvent à l'époque de la puberté, ils éprouvent un premier accident cérébral, soit spontané, soit traumatique ; ces malades, sous une influence pathologique quelconque, deviennent malades cérébralement, ont un premier accès de trouble cérébral, très court, très peu

ce jour, deviennent des aliénés en perspective, des candidats à l'aliénation ; à partir de ce jour ils sont exposés pour toute leur vie, à avoir des accidents cérébraux d'une nature spéciale, d'une nature particulière, soit sous la forme somatique soit sous la forme intellectuelle ou morale. Eh bien, ce sont des malades qui deviennent très souvent l'objet d'expertises médico-légales. C'est là une catégorie qui mérite de fixer l'attention du médecin.

légiste ; il importe toujours, quand on est nommé expert dans une affaire de médecine-légale, de rechercher les antécédants de l'individu qu'on soumet à votre examen. Au lieu de dire, comme on le disait autrefois, qu'on a affaire à une folie instantanée, à une folie temporaire, à une folie d'action, que le malade est atteint de monomanie homicide, de monomanie du vol, de monomanie incendiaire il faut rechercher les précédents

il faut recourir à l'histoire pathologique du malade, à son histoire cérébrale depuis son enfance jusqu'à l'époque où le malade est soumis à votre jugement, à votre examen et alors presque toujours on découvre qu'on a affaire à un héréditaire qui présentait les symptômes que j'ai indiqués dans une précédente séance, ou à un congénital, à un de ces malades qui a hérété de lui-même qui, après avoir eu un premier accident cérébral dans l'enfance où l'âge de

la puberté, arrive peu à peu dans sa vie, à avoir plusieurs accès, souvent un assez grand nombre de troubles mentals passagers qui se caractérisent précisément par ces actes violents, par ces actes qui sont soumis à l'examen des tribunaux. C'est ce que le professeur Lasègue a appelé : délire par accès, c'est à dire cet état de délire très court, délire temporaire, délire durant quelquefois quelques heures, d'autres fois quelques jours, caractérisé par des actes

violents, quelquefois par un trouble très prononcé, une très grande confusion de l'intelligence, un grand trouble de toutes les facultés intellectuelles et morales, mais un trouble de courte durée qui a pour caractère de se reproduire rarement dans la vie des individus et de se reproduire par accès, à intervalles très éloignés. C'est ce qui fait la difficulté de l'observation et du diagnostic. Il faut reconstruire toute l'histoire pathologique du malade et, pour cela, il faut accumuler

les documents qui souvent manquent
à l'observateur et au médecin expert,
il faut par des témoignages nom-
breux, des témoignages pris dans
différents pays, dans les endroits où
il a habité successivement, car sou
vent cet individus n'ont pas de fa-
mille ou la famille n'est pas à la
disposition du médecin, il faut recons
tituer, par des documents épars,
toute l'histoire pathologique du ma-
lade, et alors on découvre que le fait
actuel, le fait soumis à l'examen

n'est pas un fait isolé dans sa vie, qu'il a eu des accès nombreux qui ont présenté les mêmes caractères, que le malade lui-même peut se rappeler (car souvent ils n'ont pas perdu le souvenir, comme les épileptiques), que le malade peut lui-même décrire quand on l'interroge attentivement, tous ces phénomènes par lesquels il a passé, phénomènes de l'ordre physique et de l'ordre moral, qui permettent de reconstituer son histoire pathologique céré-

brale, alors au lieu d'avoir affaire à un fait isolé, comme les médecins légistes de l'époque antérieure, au lieu d'examiner l'acte incriminé les circonstances qui ont accompagné l'acte, on fait une observation clinique complète, et on arrive à reconstituer l'histoire du malade. C'est ainsi qu'on peut rendre un véritable service à la médecine légale et faire du médecin expert un véritable médecin au lieu d'en faire un psychologue, un philosophe ou un magistrat.

Au lieu de transformer le médecin légiste en avocat défendant une cause, plaidant en faveur de l'alié_nation, on a affaire à un véritable médecin qui examine cliniquement son malade et qui reconstitue son histoire pathologique. C'est la vé_ritable voie dans laquelle doit entrer la médecine des aliénés et c'est à cette condition que nous pourrons reconquérir un peu de cette faveur publique qui nous manque aujourd'hui en grande partie, ce qui tient souvent aux

dissidences des experts et à ce que les experts se font des avocats, procèdent comme les magistrats par des enquêtes relatives aux faits incriminés, au lieu de rester médecins et de rester cliniciens. C'est dans cette voie qu'aujourd'hui on cherche à faire entrer la médecine légale et on a parfaitement raison. Or, M. M. Morel et Lasègue ont, chacun pour leur part, contribué puissamment à cette tendance nouvelle de la médecine légale en France, tendance essentiellement

~~médico légale en France~~ médicale et clinique, et il importe de leur rendre justice parce qu'ils ont fait des élèves et que leurs élèves continuent dans la même voie clinique de la médecine légale. C'est là un véritable progrès. Malheureusement, jusqu'à présent, nous ne connaissons ~~pas~~ encore que quelques unes des formes cliniques qui déterminent des actes soumis à l'examen des tribunaux et, dans certains cas, n'ayant affaire ni à des manies aiguës, ni à des folies

héréditaires, ni à ces folies congéni
tales dont je parlais tout à l'heu
à ces délires par accès, n'ayant
pas affaire à ces formes connues cara
térisées et bien décrites que je viens
d'indiquer, le médecin légiste en
est réduit encore, pour les autres
cas, à procéder comme les autres
fois, c'est à dire à examiner l'acte
en lui-même, les circonstances
qui l'ont accompagné, les motifs
qui ont poussé le criminel ou
l'aliéné à accomplir cet acte

et il est obligé encore, dans cer-
tains cas de médecine légale, de
se borner à ces études d'avocat,
de magistrat, parce que le côté
clinique manque encore au médecin.
Mais c'est dans cette voie qu'il
faut tâcher d'engager la science.
Il faut chercher de nouvelles va-
riétés connues et donnant lieu à
des actes violents, justiciables des
tribunaux et rattacher l'acte à
la forme mentale bien décrite,
bien étudiée et cliniquement connue

C'est à cette condition seulement que l'on pourra faire progresser la médecine légale et rendre au médecin cette compétence incontestée qui lui appartient vraiment, mais que beaucoup de personnes sont encore aujourd'hui, disposées à lui refuser. Le médecin expert n'est appelé que par acquit de conscience et, très souvent, les magistrats ne tiennent pas compte de son opinion, parce que cette opinion ne repose que sur les mêmes raisons qui di-

rigent les avocats eux-mêmes ou les magistrats : alors les magistrats se croient aussi compétents que nous pour juger et discuter ces questions de fait. Mais, lorsque le médecin restera sur un terrain médical absolument clinique, il reprendra sa compétence et aucun magistrat ne pourra la lui contester.

Messieurs, je vais terminer le cours que j'ai voulu vous faire cette année. Je vous remercie beaucoup de votre sympathie et de votre bienveillance à mon égard

et je chercherai à m'en rendre digne en continuant les autres années le cours que je tâcherai de faire plus long. Pour cette année, je n'ai pu que me borner à la description de quelques formes, mais peut-être que les années suivantes je pourrai arriver à compléter cette description en passant en revue successivement toutes les formes et toutes les variétés principales des maladies mentales.



